

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja AMK

Leena Korhonen

POTILAAN KOTIUTUKSEN SELKEYTTÄMINEN HAMINAN KOTIHOIDOSSA

Opinnäytetyö 2011

# TIIVISTELMÄ

## KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

### Hoitotyön koulutusohjelma

KORHONEN LEENA	Potilaan kotiutuksen selkeyttäminen Haminan kotihoidossa
Opinnäytetyö	62 sivua + 11 liitesivua
Työn ohjaajat	Lehtorit TtM Nurmi Mirja ja TtM Kriktilä Mauna
Toimeksiantaja	Haminan kaupunki
Maaliskuu 2011	
Avainsanat	kotihoito, potilaan kotiutus

Opinnäytetyön tarkoituksena on selkeyttää potilaan kotiutumista Haminaan ja selvittää, miten nykyinen kotiutusprosessi toimii ja mitä kehitettävää siinä koetaan olevan. Opinnäytetyössä hyödynnettiin toimintatutkimusprosessin kulkua. Tavoitteena oli selvittää, millainen on hyvä potilaan kotiutusprosessi, mitkä ovat keskeisimmät asiat, jotka tulee ottaa huomioon potilaan kotiutuessa, sekä miten potilaan kotiutusta tulee kehittää, että se palvelee parhaiten asiakkaita ja yhteistyötahoja.

Toimintaympäristönä oli Haminan tehostetun kotihoidon tiimi, joka toimii myös kotiutustiiminä. Toimintaympäristöni kehittämiskohteet selvitettiin lähtötilanteen kartoituksella, joka toteutettiin haastatteleamalla tehostetun kotihoidon työntekijät sekä pitämällä yhteistyöpalaveri toimeksiantajan kanssa saaduista kehittämiskohteista.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi hyvä asiakkaan kotiutusprosessi sekä uusi potilaan kotiutusohje yhteistyösairaalaan. Kotiutusprosessiin tieto tuli aikaisemmasta teoriasta sekä haastatteluista saadusta materiaalista. Tärkeää asiakkaan kotiutusprosessissa on hyvä kotiutuksen järjestäminen, tiedottaminen kotiuttavalle taholle mahdollisimman varhain, kotiutuspalaverin tai kartoituskäynnin järjestäminen sekä hyvä kotiutuksen suunnittelu. Kotiutuspalaverissa tai kartoituskäynnillä on tärkeää ottaa huomioon asiakaslähtöisyys ja kartoittaa asiakkaan toimintakyky sekä huomioida ympäristö.

Uusi potilaan kotiutusohje yhteistyösairaalaan selkeyttää yhteistyösairaalan toimintaa kotiuttaessaan potilasta Haminan kotihoitoon. Ohjeeseen laitettiin yhteistyöpalaverissa saamasta materiaalista oleellisin tieto Haminan tehostetusta kotihoidosta sekä yksi puhelinnumero, johon kotiuttava taho ottaa yhteyttä. Ohje vietiin henkilökohtaisesti yhteistyösairaalaan jokaiselle osastolle.

Vaikka tämä toimintatutkimuksellinen prosessi oli suunniteltu Haminan tehostetun kotihoidon tarpeiden pohjalta vastaamaan kyseisen kotihoidon tiimin haasteisiin, voidaan työn kotiutusprosessin kulkua hyödyntää myös muissa kotihoidon tiimeissä.

Jatkokehittämishaasteeksi kotihoitoon jäi potilaan kotiutuksesta ilmoitettaessa käytävissä olevan selkeän kaavakkeen luominen, johon on kerätty kaikki oleelliset asiat, jotka tulee kysyä potilaan kotiutuessa. Hoito- ja palvelusuunnitelmien päivittäminen säännöllisesti sekä asiakkaan toimintakykyä tulee kartoittaa myös mittareiden avulla, joilla saadaan tarvittava standardoitu tieto asiakkaan toimintakyvystä.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

KORHONEN, LEENA

Clarification of patient Discharge at Hamina

Bachelor's Thesis

62 pages + 11 pages of appendices

Supervisor

Nurmi Mirja, MNSc and Kriktilä Mauna, MNSc

Commissioned by

Town of Hamina

March 2011

Keywords

homecare, the patients discharge

This Bachelor's thesis aims at clarifying the patient discharge at Hamina, how the discharge process works and how it should be developed. This thesis used action research process. The goal of this thesis was to investigate what is a good patient discharge process is like, which key issues have to be considered in patient discharge and how it could best serve customers and cooperating actors.

The functioning field was enhanced home care at Hamina and it also works as a discharge team. The targets for development were mapped by interviewing enhanced home care workers and by having cooperation meetings to find out about the development areas.

The thesis resulted in a good discharge process and new instructions for patient discharge for the cooperating hospitals. The information used was obtained from the existing theory and the interviews. Arranging and planning a good discharge system and giving information as early as possible as well as arranging a discharge meeting were important for the discharge. In the discharge meeting it is important to pay attention to the patient's functioning ability and the living environment.

The new patient discharge instructions clarify the functioning of the cooperation hospital when discharging patients to home care at Hamina. The instructions contain essential information about enhanced home care at Hamina and one contact telephone number. The instructions were taken in person each ward at the cooperating hospitals.

Although this discharge process was carried out at Hamina enhanced home care it may also be used by other homecare teams.

As challenges for further development remained drawing out a discharge form with all the questions to be asked. Management and service plans must also be regularly updated and mapped by using various indicators.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TOIMINTATUTKIMUKSELLINEN OPINNÄYTETYÖ	7
3	KOTIHOITO JA POTILAAN KOTIUTUMINEN	10
	3.1 Kotihoito	10
	3.1.1 Kotihoito Haminassa	11
	3.1.2 Tehostettu kotihoito Haminassa	12
	3.2 Potilaan kotiutuminen	13
	3.2.1 Kotiutusprosessi	13
	3.2.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma	17
	3.2.1.2 Toimintakyky	19
	3.2.2 Asiakslähtöisyys	21
	3.2.3 Perhekeskeisyys	23
	3.2.4 Yhteistyö	24
	3.2.5 Kotiutustiimin työnkuva Haminassa.	25
4	KEHITTÄMISEN TAVOITTEET	25
5	HAMINAN KOTIHOIDON KOTIUTUKSEN NYKLYTILAN KARTOITUS	26
	5.1 Haastattelun merkitys toimintatutkimusprosessissa	26
	5.2 Haastatteluiden toteutus	26
	5.2.1 Sisällön analyysi	27
	5.2.2 Analyysin luotettavuus	28
	5.3 Potilaan kotiutuksen kehittämiskohteet Haminan kotihoidossa	29
	5.3.1 Tiedottaminen	29
	5.3.2 Asiakslähtöisyys	31
	5.3.3 Yhteistyö	33
	5.3.4 Toimintakäytännöt	36
	5.3.5 Nykyiset käytännöt kotiutustiimissä potilaan kotiutuessa	39

5.4	Yhteistyö palaveri toimeksiantajan kanssa saamistani kehittämiskohteista	41
6	YHTEENVETO KEHITTÄMISKOhteista SEKÄ AIKAISEMMAStATEORIAStA	44
6.1	Asiakkaan hyvä kotiutusprosessi	44
6.2	Kotiutusohje yhteistyösairaalaan	48
7	TOIMINTATUTKIMUKSEN ARVIOINTI VALIDOINTIPERIAATTEIDEN MUKAAN	48
7.1	Historiallinen jatkuvuus	48
7.2	Reflektiivisyys	49
7.3	Dialektisuus	51
7.4	Toimivuus	51
7.5	Havahduttavuus	53
8	POHDINTA	53
8.1	Tulosten tarkastelu	53
8.2	Jatkokehittämisaiheet	56
	LÄHTEET	58
	LIITTEET	
	Liite 1. Sopimus opinnäytetyöstä	
	Liite 2. Prosessimallin mukainen sähköisessä muodossa oleva hoito- ja palvelusuunnitelma	
	Liite 3. Haastattelulomake Tehostetun kotihoidon työntekijöille	
	Liite 4. Kotiutusohje yhteistyösairaalaan	
	Liite 5. Tutkimustaulukko	

## 1 TAUSTA JA TARKOITUS

Valtion talousarvio esityksessä Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan strategiset tavoitteet ovat edistää terveyttä ja toimintakykyä sekä varmistaa toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Tavoitteena on turvata sosiaali- ja terveydenhuollon kestävä ja vakaa rahoitus ja palvelujen saatavuus. Palveluiden tulee tukea ikääntyneiden kotona asumista. Kodinhoitoapua saivat vuonna 2009 19,5 % 75-vuotta täyttäneistä. (Valtion talousarvioesitykset 2010.)

Kotihoitoon ja kotiutusprosessiin kuuluu toiminnan suunnittelu, tavoitteiden ja keinojen määrittäminen, toteutus ja arviointi. Kotihoidon asiakkaalle on tärkeää oma selviytyminen kotona, sairaudesta toipuminen ja eläminen kroonisten sairauksien kanssa. Hoitotyön ammattilaiset suunnittelevat toimintaansa asiakkaan tarvitseman hoidon ja hoivan kokonaisuutena. Monenlaisten palvelujen yhteensovittaminen asiakkaan kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi on haasteellista. Palvelujen yhteensovittaminen tarkoittaa hyvin suunniteltua ja organisoitua kotiutumiseen ja kotihoitoon liittyvää palvelukokonaisuutta. Yhteensovittamisen periaatteena on asiakkaan hoitokokonaisuuden hahmottaminen ja asiakkaan osuuden tunnistaminen tässä kokonaisuudessa. (Hammar 2008: 24 - 30.)

Asiakkaan kotiutuminen sairaalasta kotiin on prosessi, jonka hyvään toteutukseen kuuluu asiakaslähtöisyys, hyvä tiedonkulku hoitavien tahojen välillä ja moniammatillinen yhteistyö. Ensimmäiset vuorokaudet ovat kotiutuvalla asiakkaalla tärkeimmät ja hyvällä suunnittelulla ja valmistelulla voidaan turvata asiakkaan kotona selviytyminen ja ehkäistä asiakkaan takaisin sairaalaan joutuminen. (Perälä & Hammar 2003: 25.)

Opinnäytetyöni toimeksiantaja on Haminan kaupunki ja toimintaympäristönä on Haminan tehostettu kotihoito. Haminan kotihoidon piirissä oli vuonna 2009 1015 asiakasta, joka kattaa 18 % yli 75-vuotiaista asukkaista. Näistä 225 oli tehostetun kotihoidon asiakkaita. Tiimin toiminta mahdollistaa vaativan sairaanhoidon toteuttamisen kotona. Tiimissä työskentelee 4 sairaanhoitajaa sekä yksi sairaanhoitaja vuosilomien sijaisena. Vuoden 2010 alusta tehostettu kotihoito on toiminut myös kotiutustiiminä, jonka tarkoituksena on ollut hoitaa sairaalasta kotiutuvat asiakkaat yhdessä kotihoidon tiimien ja palveluohjaajan sekä tarvittaessa fysioterapeutin kanssa. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019: 26 - 28.)

Opinnäytetyöni aihe nousi tehostetun kotihoidon työntekijöiltä ja heidän osastonhoitajalta. Haminan kotiutushoitajan toimen loputtua tehostetun kotihoidon työnkuvaksi liitettiin kotiutustiimin työnkuva, jonka tarkoituksena oli kotiuttaa kaikki uudet asiakkaat yhdessä muiden kotihoidon tiimien kanssa. Tehostetun kotihoidon työntekijät ovat kokeneet, että tämä uudistus ei ole lähtenyt hyvin käyntiin. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selkeyttää potilaan kotiutumista Haminaan ja selvittää, miten nykyinen kotiutusprosessi toimii ja mitä kehitettävää siinä koetaan olevan. Tavoitteena on selvittää, millainen on hyvä potilaan kotiutusprosessi, mitkä ovat keskeisimmät asiat, jotka tulee ottaa huomioon potilaan kotiutuessa sekä miten potilaan kotiutusta Haminaassa tulee kehittää, että se palvelee parhaiten asiakkaita ja yhteistyötahoja. Sopimus opinnäytetyöstä solmittiin huhtikuussa 2010. (ks. liite1)

Työssäni käytän nimitystä potilas, kun ihminen on vielä sairaalassa. Asiakas hänestä tulee kotiutuessaan. Haminan kaupungilla ei ole kotihoidon kriteerejä vielä olemassa, mutta Hamina on mukana SOTE-INTO- työryhmässä, joka on käynnistynyt 2010 vuonna. Työryhmässä kriteerit tullaan yhdenmukaistamaan ja esittämään ne yhteistoiminta-alueelle yhteisiksi perusteiksi kotihoidon palvelujen saamiselle. Tulevaisuudessa Haminaassa pyritään tarjoamaan ennakoivia ja tukevia käyntejä ja lisäämään tehostettua palvelua. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019: 28.)

## 2 TOIMINTATUTKIMUKSELLINEN OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyössäni tavoittelimme muutosta potilaan kotiutusprosessiin. Tähän pyrimme hyödyntämällä toimintatutkimuksellista näkemystä työelämän kehittämiseksi. Toimintatutkimus on pienimuotoinen todellisen maailman toiminnan ja tutkimuksen vaikutuksen tutkimista. Tutkija yrittää vaikuttaa todelliseen elämäntilanteeseen osallistumalla. (Niskanen 2002) Toimintatutkimuksessa tutkitaan ja yritetään muuttaa vallitsevia käytäntöjä. Tutkimuksen avulla etsitään ratkaisuja vallitseviin ongelmiin. Oleellisinta on, että käytännössä toimivat ihmiset otetaan aktiivisesti tutkimukseen mukaan. Toimintatutkimuksen piirteet pohjaavat Kurt Lewinin esittämiin käsityksiin sosiaalisen toiminnan rakentumisesta. Hänen ajatuksensa mukaan toimintatutkimukselle keskeinen lähtökohta on, kun tilannetta yritetään ensin muuttaa ja sitten muutoksen vaikutuksia arvioidaan. Toimintatutkimukselle on tyypillistä käytäntöön suuntautuminen, ongelmakeskeisyys, tutkittavien ja tutkijan roolit aktiivisina toimijoina muu-

tosprosessissa ja tutkittavien ja tutkijan suhteen perustana oleva yhteistyö. Toimintatutkimuksella on olennaista pyrkiä tutkimuksen avulla edistämään ja parantamaan erilaisia asiantiloja. Toimintatutkimuksessa tuotetaan aineistoa ja sen pohjalta uutta tutkimuksellista tietoa. (Kuula 2006; Heikkinen 2006: 16 - 36.)

Toimintatutkimuksen tekeminen hahmotetaan yleensä vaihe vaiheelta johdonmukaisesti etenevänä prosessina. Ensin tulee kirjallisuuskatsaus, jota seuraa tutkimussuunnitelma, tutkimustehtävien ja -ongelmien asettaminen, aineiston keruu ja analysointi. Viimeisenä tulee tulosten esittäminen ja pohdinta. Toimintatutkimus hahmotetaan usein sykleinä, johon kuuluu uutta rakentavaa ja tulevaisuuteen suuntaavaa sekä toteutuneen toiminnan havainnointia ja arviointia. Syklin vaiheet vuorottelevat ja se voi alkaa mistä vaiheesta tahansa. Useat peräkkäiset syklit muodostavat toimintatutkimuksen spiraalin, jossa ajattelu ja toiminta liittyvät toisiinsa. On esitetty, että jos toteutus jää yhteen sykliin, kyse ei olisi toimintatutkimuksesta, mutta syklien määrä ei ole mielekäs arviointikriteeri, ainutkertainen kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytäntöjä. Toimintatutkimuksen taustalla on usko jatkuvaan edistykseen. (Heikkinen, Rovio & Kiilakoski 2007: 78 - 82.)

Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (2001: 21) mukaan teoreettisen tarkastelun merkityksenä on täsmentää ongelmiin liittyviä kysymyksiä ja antaa syvyyssulottuvuutta siihen, mistä on kysymys. Teoreettinen tarkastelu herättää kiinnostusta uusiin alueisiin ja lisää harkintaa omiin ratkaisuihin. Tieteellisellä tiedolla on merkitystä arkielämän vaihtuvien ongelmien kohtaamisessa. Opinnäytetyössäni teoreettisen tarkastelun merkityksenä on ollut tutkia kotihoitoa ja potilaan kotiutumista yleisellä tasolla. Tein alusta asti aktiivisesti yhteistyötä toimeksiantajani kanssa. Keskustelin työntekijöiden sekä heidän osastonhoitajan kanssa potilaan kotiutuksen nykytilanteesta, mitkä asiat eivät heidän mielestään toimi hyvin ja missä kaivataan kehittämistä. Lisäksi sain kirjallista materiaalia, jossa kuvataan Haminan kotihoidon ja potilaan kotiutuksen nykytilannetta. Teoreettisen tarkastelun jälkeen asetin työlleni tutkimustavoitteet, jotka nousivat aikaisemmasta teoriasta ja työni tarpeesta. Työni tarkoituksena on selkeyttää potilaan kotiutumista kotihoitoon. Tehostetun kotihoidon työntekijät kokivat, että nykyinen kotiutustiimin työkuva on sekava, eikä palvele asiakkaita ja yhteistyötahoja parhaalla mahdollisella tavalla. Tarkemman lähtötilanteen kartoituksen tein haastattelu menetelmällä. Työhöni haastattelin tehostetun kotihoidon työntekijät, neljää vakituista sairaanhoitajaa sekä yhden vakituisen vuosilomien sijaisen. Haastatteluiden tarkoitukse-



na oli saada tarkempi ja yksityiskohtaisempi kuva potilaan kotiutuksen nykytilanteesta Haminassa. Haastattelutuloksien pohjalta pidin yhteistyö palaverin opinnäytetyöni toimeksiantajan kanssa, johon osallistui yksi tehostetun kotihoidon työntekijä sekä heidän osastonhoitaja. Palaverissa käsitelimme haastatteluista nousseet kehittämis-kohteet. Palaverin tarkoituksena oli selkeyttää, miten hyödynnän työni tavoitteiden pohjalta saamiani vastauksia ja mitä potilaan kotiutuessa Haminan kotihoitoon tulisi kehittää. Työni prosessin kulku on esitetty alla olevassa kuvassa (Kuva 1.)



Kuva 1. Opinnäytetyöni prosessin kuvaus

### 3 KOTIHOITO JA POTILAAN KOTIUTUMINEN

#### 3.1 Kotihoito

Kotihoito perustuu kansanterveyslakiin (67/1972) ja sosiaalihuoltoasetukseen (607/1983). Kotihoitoon kuuluu kotisairaanhoidon ja kotipalvelu. Kotisairaanhoidon tarkoittaa kansanterveyslain (67/1972) mukaan terveyskeskuslääkärin, sairaanhoitajan ja perushoitajan antamaa hoitoa ja palveluja henkilöille, jotka kykenevät sairaudestaan huolimatta asumaan kotona. Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan (607/1983) kotipalveluina järjestetään kodinhoitajan ja kotiavustajan kodissa tapahtuvaa työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista, tukipalveluja ja yksityisen henkilön välillä tehtävään sopimukseen perustuvaa kotona tapahtuvaa hoitoa tai muuta huolenpitoa.

Väestörakenteen muuttuminen vanhusvoittoiseksi ja siitä seuraava palvelutarpeen kasvu edellyttää tiiviimpää yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Ikääntyneen potilaan sairaalahoito johtaa helposti laitostumiseen, joten palvelujärjestelmään syntyy ylimääräisiä kustannuksia, jos potilaan siirtyminen erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja edelleen tuettuun palveluasumiseen tai kotihoitoon ei onnistu. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 12.)

Kunta voi yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi, jos kunta itse tuottaa sekä sosiaalitoimen ja perusterveydenhuollon palvelut. Kotisairaanhoidon tekee asiakkaan kotona lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia, ottaa näytteitä, valvoo lääkityksiä ja seuraa asiakkaan vointia. Myös saattohoitoa voidaan järjestää kotona. Omaisten tukeminen on myös kotisairaanhoidon työtä. Kotisairaanhoidossa työskentelee pääsääntöisesti sairaanhoitajia. Kotipalvelu tukee ja auttaa ihmisiä, kun he tarvitsevat apua selviytyäkseen arkipäivän askareista. He seuraavat myös asiakkaan vointia ja neuvot palveluihin liittyvissä asioissa asiakkaita ja omaisia. Kotipalvelun työntekijät ovat pääasiassa kodinhoitajia, lähihoitajia ja kotiavustajia. (Kotihoito tukee kotona selviytymistä 2009.)

Päävastuu vanhusväestön hoidosta ja hoivasta sekä toimintakykyä edistävästä toiminnasta on kunnallisella sosiaali- ja terveydenhuollolla. Palveluissa tulisi turvata toimiva perusterveydenhuolto ja palveluketjun sujuvuus erikoissairaanhoidon, perusterveyden hoidon ja kotihoidon välillä. Sairaalahoitoa vaativat iäkkäiden tapaturmat merkitsevät yleensä iäkkään toimintakykyyn. Yksin asuvien vanhusten kotiin annettavien palve-

luiden järjestäminen on ongelmallista erityisesti haja-asutusalueilla. Koti- ja laitoshoidossa olevat asiakkaat ovat yhä iäkkäämpiä ja enemmän hoitoa tarvitsevia, puolella kotihoidon asiakkaista on dementiaoireita. (Uusi terveydenhuolto laki 2008: 29 - 30.)

Kokonaisvaltaiseen ja aktivoivaan kotihoitoon vaikuttaa monet eri asiat. Kotihoitotyön tärkein muoto on kotikäynti, joka muovautuu hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisten välttämättömien rutiinitehtävien suorittamiseen, tukipalveluihin, kuten ateriat ja siivous, joka hankitaan ulkopuolisilta toimijoilta sekä lääketieteellisesti välttämättömiin toimenpiteisiin, kuten lääkkeiden jakamiseen, haavanhoitoon ja verenpaineen mittaamiseen. Asiakkaiden liikkumiskyvyn edistäminen, asiakkaan yksinäisyyden ehkäiseminen ja muistihäiriöiden ehkäiseminen jäävät usein rutiinitehtävien ulkopuolelle. (Engeström, Niemelä, Nummijoki & Nyman 2009: 14 - 15.)

### 3.1.1 Kotihoito Haminassa

Haminan kotihoidolla tarkoitetaan ympärivuorokautista palvelukokonaisuutta, johon sisältyvät kotisairaanhoido, kotipalvelu ja kotihoidon tukipalvelut. Haminassa kotihoidon asiakkaista oli 99,5 % yli 65-vuotiaita vuonna 2009. Kotihoidon asiakkaaksi on päässyt, kun kuntalaisella on ilmennyt päivittäisissä toiminnoissa avun tarvetta. Vuonna 2009 koko kotihoidon peittävyys yli 75-vuotiasista oli 32 % ja säännöllisessä kotihoidossa oli 18 % yli 75-vuotiaista. Keskimääräinen asiakkaan luona vietetty aika oli 30 min. Haminan kotihoidossa oli vuonna 2009 säännöllistä palvelua saavia asiakkaita 498 ja käyntejä oli 88 696. Lisäksi asiakkaita, jotka saivat tilapäisiä palveluja, oli 838, tukipalvelua saavia oli 498, tehostettua palvelua saavia oli 225 ja yöpartion palvelua saavia oli 159. Kotihoidon tukipalveluja ovat ateriapalvelut, kauppa-asiointi, saunapalvelut, siivouspalvelut ja turvapalvelu. Vuonna 2009 tukipalvelut tuotettiin kotihoidon omana palveluna lukuun ottamatta siivouspalvelua ja osaa ateriakuljetuksista. Vanhustyössä on meneillään selvittely tukipalvelujen tuottamistavoista, vaihtoehtona on niiden tuottaminen esimerkiksi palvelusetelillä tai ostopalveluna. Lisäksi Haminassa keskustellaan kotihoidon palvelujen kohdentamisesta myös sosiaalihuoltolain mukaisesti lapsiperheisiin. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019: 26 - 28.)

Haminan kotihoitoa ohjaavat ihmislähtöisyyden ja itsemääräämisoikeuden, jatkuvuuden, tasa-arvoisuuden, kunnioituksen ja ammatillisuuden arvot. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019: 11). Kotihoidon toiminta-ajatuksena on edis-

tää ja ylläpitää ikääntyvien ja vanhusten toimintakykyä ja elämänlaatua palveluohjauksen, hyvinvointia tukevien neuvolapalvelujen, kotihoidon sekä laitos- ja hoiva-asumisen avulla. Palvelu on yksilöllistä ja pohjautuu toimintakyvyn arviointiin. (Vanhustyö.) Asiakaslähtöisyys ja kuntalaisen sitoutuminen ovat onnistuneen hoivan ja hoidon tärkeimmät osatekijät. Tämä edellyttää asiakkaan voimavarojen ja tarpeiden huolellista ja monipuolista arviointia. Arviointi luo pohjan toimintakykyä ja kuntoutumista edistävän toiminnan tavoitteelliselle toteutukselle. Kotona selviytyminen mahdollisimman pitkään on laatusuosituksen päätavoitteita. Lisäksi halutaan korostaa vanhuksen omaa tahtoa olla kotona. Kun ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveydentilan heikkenemiseen puututaan mahdollisimman varhain, ehkäistään toimintakyvyn vajauksen syntymistä ja ongelmien kasaantumista. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien hallintaa. Kuntouttava työote on toimintamallina Haminan kotihoidon tiimeissä, jossa lähtökohtana ovat asiakkaan voimavarat ja niiden hyödyntäminen ja vahvistaminen. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019: 11 - 12, 26.)

### 3.1.2 Tehostettu kotihoito Haminassa

Haminassa käynnistyi 19.1.2009 tehostettu kotihoidon tiimi, jossa työskentelee neljä sairaanhoitajaa. Tiimin toiminta mahdollistaa vaativan sairaanhoidon toteuttamisen kotona. Tehostettua palvelua on saanut 2009 vuoden aikana 225 asiakasta ja käyntejä on ollut 2355 kappaletta. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019: 26 - 28.)

Tehostettu kotihoito on asiakkaan suostumuksella kotona annettavaksi soveltuvaa sairaanhoitoa vaihtoehtona sairaalahoidolle. Asiakkaaksi tulo tapahtuu sairaaloiden ja terveysaseman kautta. Yöaikana asiakkaiden hoidosta vastaa yöpartio. Tehostettuun kotihoitoon soveltuvat eri-ikäiset ja erilaiset sairaanhoidollista apua tarvitsevat asiakkaat mm. suonensisäiset lääkitykset ja nestehoidot, kotidialyysihoidot, vaativat haavanhoito asiakkaat, saattohoitoasiakkaat yhteistyössä omaisten kanssa, kipupumppuhoidot, leikkauksen jälkitilat ja muut tapauskohtaisen arvioinnin mukaiset hoidettavat. (Kotihoito.)

## 3.2 Potilaan kotiutuminen

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittää, että jokaisella on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin on terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla hoito on järjestettävä niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, potilasta on hoidettava yhteysymmärryksessä hänen kanssaan ja jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteysymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen PALKO (Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito) kehittävät yhdessä kuntien kanssa tutkimukseen perustuvaa mallia ikääntyneiden asiakkaiden/potilaiden kotiutumiseen ja kotihoitoon. Tarkoituksena on kehittää asiakaslähtöinen saumaton palveluketju. Tutkimusten mukaan potilaat kotiutuvat liian huonokuntoisina ja palaavat takaisin sairaalaan tai kulkevat sairaalan ja kodin väliä. Onnistuneen kotiutuksen ja kotona selviytymisen edellytyksenä on yhteiset hoitoperiaatteet, hyvä tiedonkulku ja toimiva yhteistyö eri hoidollisten tahojen välillä. PALKO hankkeen kehittämisen periaatteena oli hoidon jatkuvuus, palvelujen yhteensovittaminen, asiakaslähtöisyys ja asiakkaan itsemäärääminen ja osallistuminen. (PALKO – Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito 2007.)

### 3.2.1 Kotiutusprosessi

Kotiutuksen tavoitteena on luoda hyvä ja turvallinen lähtökohta kotona selviytymiselle sekä mahdollistaa kotona asumisen mahdollisimman pitkään ja turvallisesti. Lääkäri tekee päätöksen kotiutuksesta. Potilaan omahoitaja järjestää kotiutuksen, koordinoi ja tarvittaessa delegoi järjestelyjä muille yhteistyökumppaneille. Hoitosuunnitelma on kotiutuksen lähtökohta. Onnistuneen kotiutuksen edellytys on jatkuva ja suunnitelmallinen yhteistyö hoitoon osallistuvien kanssa. (Luhtasaari & Jämsén 2010.)

Kotiutusjärjestelyt aloitetaan jo potilaan tullessa osastolle ja kotiutuspäivä pyritään sopimaan mahdollisimman varhain. Kotiutussuunnitelma laaditaan hoitoneuvotteluisissa, joihin osallistuu tarpeen mukaan potilas, omahoitaja, kotisairaanhoitaja, lääkäri, omaiset, fysioterapeutti ja kaikki muut hoitoon liittyvät tahot. Potilaalle järjestetään

joustava hoitoverkosto kotiin, huomioiden potilaan toivomukset, tarpeet ja todelliset hoitomahdollisuudet. Kun kotiutusjärjestelyt on tehty, sovitaan kotiutuspäivä yhdessä potilaan, omaisten ja muiden yhteistyötahojen kanssa. (Luhtasaari & Jämsén 2010.)

Kotihoidon työntekijöiden on tärkeää saada tieto kotiutuvasta potilaasta mahdollisimman varhain, jotta asiakkaan kotihoidon suunnittelu voidaan käynnistää parhaalla mahdollisella tavalla asiakkaan kannalta. Uusille kotihoidon asiakkaille nimetään omahoitaja, joka määräytyy asiakkaan terveydentilan sekä hoidon ja palvelun mukaan. Kotiutumispäivän ilmoittamisen yhteydessä sairaalan ja kotihoidon työntekijä sopivat kotiutumiseen liittyvistä yksityiskohdista ja ensimmäisestä kotikäynnin ajankohdasta. Tieto asiakkaan kotiutumisesta välitetään yleensä puhelimitse, kirjallinen tieto lähetetään sähköisesti, jos hoitotahojen välillä on yhteinen potilastietojärjestelmä. Asiakkaan mukaan sairaalasta annetaan reseptit ja hoitotarvikkeita koskevat määräykset. (Perälä & Hammar 2003: 28 - 32.)

Vastuuhoitaja ilmoittaa asiakkaan kotiutumisesta palveluohjaajalle, joka määrittelee asiakasmaksut ja tekee viralliset sopimukset palveluista. Kotipalveluohjaaja voi osallistua sairaalan jälkeiselle kotikäynnille, jos se on hoidon kannalta tarpeellista. Tarkoituksena on, että asiakasta ei rasiteta liikaa liian monen työntekijän käynneillä samana päivänä. Jos kuntoutus jatkuu kotihoidossa, kuntoutukseen liittyvät työntekijät sopivat keskenään ja kotihoidon kanssa, miten käynnit sovitetaan kotihoidon kanssa. (Perälä & Hammar 2003: 33.)

Keskeisintä kotiutusprosessin onnistumisessa on asiakkaan elämäntilanteen kartoitus, jossa selvitetään myös terveydentila ennen sairaalajaksoa ja arvioidaan tulevia terveydentilan muutoksia. Avuntarvetta, perhe- ja asumisolosuhteita, omaisten auttamismahdollisuuksia sekä asiakkaan taloudellista tilaa tulee kartoittaa. Jatkohoitopaikan päättämiseen tarvitaan kotiutushoitajaa, asiakasta ja omaisia sekä muut ammattihenkilöstöt. (Arve 2002.) Kotiutusprosessin kulun olen selkeyttänyt kuvioksi, jossa käydään kotiutuksen vaiheet selkeästi läpi (ks. kuva 2)



Kuva 2. Potilaan kotiutusprosessi

Rauhasalon mukaan (2003: 34 - 37) vanhuspotilaan kotiutumiseen sairaalasta liittyy useita eri tekijöitä. Asuuko vanhus yksin vai toisen ihmisen kanssa, onko vanhuksella kykyä huolehtia omista tarpeistaan, millaiset asuinolosuhteet vanhuksella on? Asuin-

ympäristöllä voi olla heikentäviä tai mahdollistavia piirteitä. Sosiaalinen tuki selvitetään. Onko omaisia, jotka ovat ensisijaisesti yhteydessä vanhukseen ja jonka vanhus itse määrittää lähimmäksi omaisekseen.

lökkään potilaan sairaalasta kotiin siirtymisessä potilas ja hänen perheenjäsenet kohtaavat muutoksia. Muutoksia kohdataan potilaan terveydentilan, voinnin, kotona selviytymisen, voimavarojen, kykyjen sekä potilaan ja omaisten elämäntilanteen muutoksia. Muutokset voivat olla akuutteja tai pidempään jatkuvia. Myös potilaan hoidossa sekä hoidon ja avun järjestämisessä kohdataan muutoksia. Muutostilanteen merkitys liittyy potilaan suhtautumiseen sairauteen, terveyteen ja elämään yleensä. (Koponen 2003: 54 - 56.)

Jo sairaalassa ollessaan potilas alkaa valmistautua kotiin siirtymiseen ja harjoittelee kotona selviytymiseen vaadittavia toimia ja taitoja sekä suunnittelee kotona oloa. Kotiin siirtyminen tapahtuu joko itsenäisesti tai perheenjäsenten avustuksella. Kotiin siirryttäessä potilaalta puuttuu voimavaroja toimimiseen, alkuun pääseminen on vaikeaa, toipuminen on hidasta ja on vaikea suoriutua päivittäisistä toiminnoista. Vaikeuksia voi tulla oman pitkäaikaisen sairauden hoitamiseen, oireiden ja vaivojen kanssa elämiseen sekä muutoksien omaksumiseen. (Koponen 2003: 57 - 58.)

Siirtymävaiheessa potilaan autonomia joutuu usein koetukselle. Potilas haluaa päättää itse selviytymisen avusta ja järjestämisestä riippuen siitä, miten kokee kotona pärjäävänsä. Toisten ihmisten avun hyväksyminen tulee monelle usein ajankohtaiseksi siirtymävaiheessa. Avun vastaanottamisessa pelätään itsenäisyyden menettämistä ja määrällin kohteeksi joutumista. Potilaan voimanlähteitä ovat kokemukset siirtymävaiheista ja hänen oma elämäkokemus. Muutokset elämäntilanteessa kuluttaa potilaan voimavaroja ja potilas kokee epävarmuutta kotona selviytymiseen heikon voinnin ja terveydentilan muutosten takia. Potilaan kanssa keskustellaan, miten hän selviytyy kotona terveytensä ja vointinsa kanssa ja potilas kysyy epävarmoja asioita. (Koponen 2003: 59 - 62.)

Potilaan sairaalajakson aikana voidaan tehdä arviointikäynti potilaan kotiin, jos se on potilaan kokonaishoidon kannalta tarpeellista. Arviointikäynnillä arvioidaan potilaan kotona selviytymistä ja kodin muutostöiden ja apuvälineiden tarvetta. Tavoitteena on, että kodin muutostyöt on tehtynä ja apuvälineet hankittuna, kun potilas kotiutuu. (Perälä & Hammar 2003: 27.)



Apuvälinepalveluihin kuuluu apuvälineiden tarpeen määrittäminen, välineiden sovit-  
tus, muutostyöt, luovutus omaksi tai käytettäväksi, käytös opetus ja seuranta sekä vä-  
lineiden huolto. Apuvälineiden saamisen edellytyksenä on lääkärin toteama vamma,  
sairaus tai toimintavajaus. Apuvälineen tarpeen voi todeta ja sen luovuttamisesta voi  
päättää muukin terveydenhuollon ammattihenkilö. Tarpeen arviointi perustuu henki-  
lön kokonaistilanteen arviointiin, jossa huomioidaan henkilön toimintakyky, elämänti-  
lanne, apuvälineen käytön turvallisuus ja käyttöympäristö sekä hänen saamansa muut  
palvelut. Apuväline hankitaan mahdollistamaan ihmisen toimintaa ja tukemaan itse-  
näistä selviytymistä. (Uusi terveydenhuoltolaki 2008: 21.)

### 3.2.1.1 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle laaditaan hoito- ja palve-  
lusuunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Maksuasetuskin vaatii suunni-  
telman laatimista säännöllistä kotihoitoa saavalle asiakkaalle. Suunnitelman tavoittee-  
na on tukea ja edistää asiakaslähtöistä ja kuntouttavaa työtä sekä turvata ja mahdollis-  
taa jatkuvasti palveluja tarvitsevan ihmisen eläminen hänen toiveidensa mukaisesti.  
(Perälä & Hammar 2003: 46.)

Hoito- ja palvelu suunnitelma on yksilöllinen, luottamuksellinen ja kirjallisesti laadittu  
suunnitelma asiakkaan tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Suunnitelma  
laaditaan asiakkaan kotona tai muussa hänelle tutussa ympäristössä. Asiakas osallistuu  
itse suunnitelman tekemiseen, toimeenpanoon ja seurantaan yhdessä ammattihenkilön  
kanssa. Apua pyydetään tarvittaessa omaisilta tai muilta läheisiltä ihmisiltä. Suunni-  
telman avulla työntekijät saavat tiedon siitä, mihin hoitosuhteessa pyritään, päälle-  
käiset työt vähenevät ja työn- ja vastuunjako selkeytyy. Hoitotyötä on helpompi kehit-  
tää ja arvioida suunnitelmien arvioinnin pohjalta. (Jämsén 2010.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää henkilötiedot sekä omaisen tai yhteishenkilön  
yhteystiedot, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnin, tarvittavat  
hoitotarvikkeet ja niiden hankintatavat, päivittäisiin toimintoihin liittyvät asiat, tuki-  
palvelun tarpeen, asumismuodon sekä sairaudet, allergiat ja käytössä olevan lääkityk-  
sen. Varsinainen hoitosuunnitelma on toimintakyvyn ja voimavarojen sekä asiakkaan  
hoidon ja palveluiden tarpeen määrittelyä. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla pyri-  
tään tukemaan mahdollisimman itsenäistä selviytymistä. Suunnitelmaan kirjataan asi-  
akkaan ja työntekijän yhdessä luomat selkeät kirjalliset tavoitteet asiakkaan toiminta-

kyvyn lisäämiseksi ja ylläpitämiseksi sekä toimenpiteet tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitosuunnitelmasta tehdään kirjallinen sopimus, mihin asiakas ja työntekijä ovat sitoutuneet. Hoito- ja palvelusuunnitelmasta löytyy myös arviointi, työntekijöiden yhteystiedot, viestiosa, mahdollinen hoitotahto ja muita tarvittavia asiakirjoja asiakkaan luvalla sekä asiakkaan suostumus tietojen luovuttamiseen. (Jämsén 2010.)

Hoitotietojen rakenteinen eli jäsennetty kirjaamistapa edistää kirjaamisen selkeyttä. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen koostuu rakenteisista ydintiedoista, termistöistä sekä niitä täydentävistä kertovista teksteistä. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka käsittää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. (Saranto & Sonninen 2007: 15.)

Kansallisesti määriteltyjä hoitotyön ydintietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminto, hoidon tulos, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön prosessimallin mukaista ydintietoja kuvattaessa ja kirjatessa käytetään sitä varten kehitettyjä hoitotyön luokituksia. Hoitoprosessin eri vaiheet kirjataan käyttämällä FinCC-luokituksia, joka perustuu kansainväliseen CCC-luokitukseen. FinCC eli Suomalainen hoitotyön luokitus muodostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta, hoitotyön toimintoluokituksesta ja hoidon tuloksen tilan luokituksesta. Tarveluokitusta ja hoitotyön toimintoluokitusta käytetään potilaan päivittäisen hoidon kirjaamiseen. Suomalainen hoidon tarveluokitus ja hoitotyön toimintoluokitus koostuvat molemmat 19 samannimisestä komponentista eli hoitotyön sisältöalueesta, ja kukin komponentti sisältää vaihtelevan määrän pää- ja alaluokkia. Komponenttitaso on yhteisotsikko aihealueelle, joka kokoo alleen konkreettisemmat pää- ja alaluokat. (Liljamo, Kaakinen & Ensio 2008: 3 - 6.)

Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo voimassa olevista tai mahdollisesti tulevaisuudessa tulevista ongelmista. Hoitotyön tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon tai elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. Saatujen tietojen perusteella määritellään hoidon tarve. Hoitokertomukseen kirjataan hoidon kannalta merkittävät asiat. Hoitotyön toiminnot toteutuvat potilaan ja hoitajan välittömässä auttamis- ja ohjaamistilanteissa. Oleellisia ovat myös potilaan tai omaisen tiedot ja näkemykset tilanteesta. Hoitotyön toiminnot ovat keinoja, joilla pyritään vastaamaan hoidon tarpeeseen. Hoidon tulokset kuvaavat potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia. Potilaan nykytilaa arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen ja tavoitteisiin. (Liljamo ym. 2008: 8.)

Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu prosessimallin mukaisesti. Tietojärjestelmät on rakennettu siten, että potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen kirjaaminen on mahdollista prosessin vaiheiden mukaisesti kertakirjaamisen periaatetta noudattaen. Hoidon tarpeen kirjaamisessa hoitaja valitsee potilaan hoidon tarvetta vastaavan komponentin alta joko pääluokan tai alaluokan, jota tarvittaessa täydennetään vapaalla tekstillä. Komponentti näkyy tekstinä hoitokertomusnäytöllä. Hoidon toteutuksessa kirjataan joko suunnitelluksi toiminnoksi valittu komponentti tai voidaan lisätä jokin muukin komponentti. Hoitotyön arvioinnissa kirjataan hoidon tuloksia. Arviointi tehdään suhteessa potilaan hoidon tarpeeseen ja tavoitteeseen sekä toteutuneeseen hoitoon. (Liljamo ym. 2008: 13 - 14.) Liitteenä 2 on hoito- ja palvelusuunnitelma, joka tehdään jokaiselle säännöllistä kotihoitoa saavalle asiakkaalle.

### 3.2.1.2 Toimintakyky

Vanhuksen toimintakyky arvioidaan palvelutarpeen arvioimista, hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamista sekä hyvän hoidon toteuttamista varten. Tavoitteena on turvata asiakkaan hoidon ja palvelun yksilöllisyys ja jatkuvuus. Arviointi tehdään keskustellen asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa tai muun läheisen ihmisen kanssa. Arviointiin selvitetään potilaan elämänhistoriaa ja hänen elämän arvoja, tapoja ja tottumuksia, havainnoidaan kykyä suoriutua päivittäisistä toiminnoista ja käytetään vertailukelpoisia toimintakykymittareita sekä määritellään asiakkaan tämänhetkiset ja mahdollisesti myöhemmin ilmaantuvat tarpeet, voimavarat sekä toiveet. (Jämsén 2010.)

Toimintakyvyllä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin ja itsenäisesti ihminen suoriutuu erilaisista arkisista päivittäisistä toiminnoista. Toimintakyky koostuu ruumiin toiminnoista ja rakenteesta, suorituksista ja osallistumisesta. Toimintakyky jäsennetään usein kolmeksi ulottuvuudeksi, jotka ovat fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Koskinen, Martelin & Sainio 2007: 15.)

Fyysinen toimintakyky määritellään yksittäisen elimen tai elinjärjestelmän toiminnalla, elimistön toiminnallisena kykyä selviytyä fyysisistä ponnisteluista, hengitys- ja verenkierto sekä tuki- ja liikuntaelinten toimintakyvystä. Fyysinen toimintakyky on suoriutumista päivittäisistä toiminnoista, asioiden hoitamisesta, perustarpeiden tyydyttämisestä ja itsehoitotoiminta, jonka ihminen suorittaa perustarpeidensa tyydyttämi-

seksi. (Rissanen 1999: 32; Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006: 4.)

Psyykkinen toimintakyky määritellään eri tasoilla. Alimman tason luovat psykofysiologiset toiminnot, yläpuolelle sijoittuvat kognitiiviset prosessit, sosioemotionaaliset tekijät, psyykkinen hyvinvointi ja kyky ratkaista elämän ongelmia. Psyykkinen toimintakyky on haasteista selviytymistä, kognitiivisia toimintoja, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä, psyykkistä hyvinvointia, psyykkisten voimavarojen käyttöä, depressiivisten oireiden esiintymistä sekä elämänhallintaa ja selviytymistä. (Rissanen 1999: 36; Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006: 4.)

Sosiaalinen toimintakyky määritellään sosiaalisten kontaktien, ajankäytön sekä harrastuksien pohjalta. Sosiaalisen toiminnan synnyssä on tietoisuuden merkitys tärkeä, joka liittyy sekä yhteisösuhteisiin että toimintaan. Tärkeää on yksilön yhteisön vuorovaikutus, joka ilmenee yksilön kykynä suoriutua sosiaalisista tilanteista sekä liittyy psykososiaaliseen hyvinvointiin sisältäen suhteet toisiin ihmisiin. (Rissanen 1999: 40; Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa 2006: 4.)

Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden toimintakykyä rajoittaa keskeisesti liikuntakyvyn heikkeneminen, heikentynyt näkö, kuulon aleneminen ja tasapainoainin heikkeneminen. Kotihoidon työnkuvalla tulisi ehkäistä vanhuksen toimintakyvyn heikkenemistä toimijuuteen tukemalla. Kotihoidolta vaaditaan panostusta ja ymmärrystä tavoitteelliseen arkiliikkumisen suunnitteluun ja seurantaan. Vanhuksen toimintakykyyn vaikuttaa oleellisesti eletyn elämän yksityisyys ja elämäntarinan merkitys. Asiakaslähtöinen toiminta vaatii yhteisiä sopimuksia työssä käytettävistä välineistä, toimintatavoista ja sopimusten noudattamisesta. Kotihoidon työn tulee olla asiakaslähtöistä, jolla ehkäistään vanhuksen syrjäytymistä ja toimintakyvyttömyyttä. (Engeström ym. 2009: 87 - 96.)

Kotihoidon apua tarvitsevan vanhuksen fyysinen avun tarve liittyy usein toimintakyvyn alenemiseen, psyykkinen avun tarve voi johtua siitä, ettei vanhus ymmärrä päivittäisten toimintojen merkitystä ja sosiaalisen avun tarve saattaa johtua siitä, ettei vanhus saa tehdä enää toimintoja, esim. omaiset kieltävät vanhusta tekemästä toimintoja peläten vanhuksen loukkaavan itseään. Vanhuksen omaehtoinen tahto on keskeistä ko-

tihoidon arjessa. Löydetään vanhuksen kanssa jäljellä olevat voimavarat ja autetaan vanhusta käyttämään niitä maksimaalisesti. (Engeström ym. 2009: 96 - 97.)

Vanhenemisprosessit, iän mukana lisääntyvä sairastaminen ja elämäntavan muutokset heikentävät ihmisen toimintakykyä vähitellen ja lisää toiminnanvajausta ja avun tarvetta. Ennaltaehkäisyyn ja kuntoutuksen tehostamisella voidaan hidastaa toimintakyvyn heikkenemistä. Riittävä fyysinen aktiivisuus, terveellinen ravinto ja henkisen vireyden ylläpito ovat tärkeitä keinoja vaalittaessa terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. (Heikkinen 2005)

Laadukas kotihoito on ennakoivaa ja perustuu kattavaan toimintakyvyn arviointiin sekä reagoi ripeästi asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn muutoksiin. Laadukas kotihoito on kuntoutumista edistävää ja vastaa tavoitteellisesti ikääntyneiden asiakkaiden kuntoutumisen tarpeisiin. Kuntouttavalla työotteella kannustetaan ja tuetaan asiakkaita käyttämään jäljellä olevia voimavaroja arjen askareisiin. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 27.)

Sosiaalihuollossa on tavoitteena, etteivät puutteelliset asumisolot aiheuta laitospalveluiden palvelujen tarvetta. Kunta tukee omassa kodissa selviytymistä myöntämällä korvausta asunnon muutostöihin, kuten liuskojen asentamiseen, pesutilojen saneeraamiseen jne. Korvausta on oikeutettu saamaan ikäihmiset ja vammaiset, joille muutostyöt mahdollistavat asumisen jatkamisen kotona. (Asumispalvelut ja asunnon muutostyöt 2011.)

### 3.2.2 Asiakaslähtöisyys

Asiakaslähtöisessä kotiutuksessa huomioidaan asiakkaan voimavarat, tarpeet ja toiveet kunnioittamalla niitä. Kotiutukseen ja sen suunnitteluun tulisi varata tarpeeksi aikaa. Asiakkaan kotioloihin ja resursseihin tulisi paneutua asiakasta kuunnellen. Ihanteellisessa kotiutustilanteessa asiakkaalla olisi saattaja mukana, pidettäisiin yhteistyö- ja kotiutuspalaveri ja asiakkaalla olisi omahoitaja sekä kotiutushoitaja. (Nykänen-Juvonen & Pakarinen 2009: 21.)

Asiakaslähtöisyys on kotiutuksessa toiminnan lähtökohta tai edellytys. Moniammatillisuuden hyödyntäminen on tärkeää sekä taloudellisesti että yksilön huomioimiseksi. Asiakaslähtöisyydessä huomioidaan yksilöllisyys, valinnanvapaus, perhekeskeisyys,

vuorovaikutus ja osallistuminen. Yksilöllisyydellä kunnioitetaan potilaan ihmisarvoa ja otetaan potilaan tarpeet huomioon. Valinnanvapaudella varmistetaan potilaan itsemääräämisoikeus ja potilaan valinnan mahdollisuudet. Perhekeskeisyydessä huomioidaan perhe ja tehdään yhteistyötä omaisten kanssa sekä huomioidaan omaisten tarpeet ja kunnioitetaan potilaan kotia ja reviiriä. Vuorovaikutuksella pyritään yhteiseen kumppanuuteen, rakennetaan luottamusta ja tehdään kanssakäymisestä luontevaa. Osallistumisella tuetaan päätöksiä, arvioidaan palvelua ja turvataan hoidon jatkuvuus sekä tuetaan itsenäistä suoriutumista. (Niemi 2006: 57 - 59.)

Vuorovaikutus asiakaslähtöisyydessä on yhteiseen kumppanuuteen pyrkimistä, ammattitaidon käyttämistä asiakkaan hyväksi sekä aitoa välittämistä. Vuorovaikutus on auttajan ja asiakkaan välinen ihmissuhde, jossa pyritään samanarvoisuuteen, luottamuksen rakentamiseen ja kanssakäymisen luontevuuteen. Asioista voidaan keskustella tasavertaisina ihmisinä, työntekijä ei ole asiakkaan yläpuolella. Luottamuksen saavuttaminen on hoitosuhteen keskeinen tavoite. Sovituista asioista pidetään kiinni ja vaitiolovelvollisuus osoitetaan asiakkaille. Luontevaan kanssakäymiseen on avaimet hoitajan persoonallisuudella. Asiakassuhteissa hoidetaan usein arkaluonteisia asioita, ammattitaidolla suhtautuminen lisää luontevuutta. (Niemi 2006: 72 - 73.)

Kotona annettu palvelu on asiakaslähtöisempää kuin laitoksessa annettu. Kotona valitsevia tapoja pyritään kunnioittamaan ja fyysistä ympäristöä muuttamaan mahdollisimman vähän. Työmenetelmät pyritään sovittamaan asiakkaan päivänkulun ja kodin tapojen mukaan. Hoitotoimenpiteet ja käytössä olevat apuvälineet pyritään toteuttamaan niin, että kodin fyysinen ympäristö ei muuttuisi lainkaan. Jopa työntekijän ergonomiset kysymykset ovat toissijaisia. (Niemi 2006: 70 - 71.)

Ihmisarvon kunnioittaminen on edellytys työntoteutumiselle. Palvelujen suunnittelu ja toteutus tulee perustua asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin. Kaikki asiakkaat ovat yhtä arvokkaita heidän taustastaan riippumatta. Asiakkaan yksilöllistä hoidon tarvetta arvio parhaiten omahoitaja-malli, jossa ilmenee vastuullisuus ja työntekijöiden vaihtumattomuus. Omahoitaja ajaa asiakkaan etuja, koordinoi palvelujen järjestämistä sekä pitää yhteyttä omaisiin. (Niemi 2006: 60 - 62.)

Jokaisella asiakkaalla on itsemääräämisoikeus, oikeus valita tapansa elää ja elämäänsä koskevat asiat. Hoitaja toimii asiakkaan auttajana hienovaraisesti tarpeita ja toiveita kuunnellen. Asiakkaalla on oikeus päättää, haluaako hän palvelua ja mahdollisuus

vaikuttaa palvelun toteuttamiseen. Asiakkaalla on oikeus myös kieltäytyä palvelusta, jolloin työntekijän on varmistettava potilaan tiedonsaanti. (Niemi 2006: 63.)

Asiakkaan valinnan mahdollisuudet ilmenee palveluntuottajan valintana, hoitoa antavan työntekijän valintana sekä hoidon ajankohdan valintana. Valinnan mahdollisuus on lisääntynyt yksityisten palveluntuottajien lisääntyessä, vaikkakin kotihoidossa se koettiin vielä toistaiseksi melko harvinaiseksi. Hoitoa antavan työntekijän valintaa pidetään asiakkaan toiveena, johon hänellä on oikeus, mutta ei aina ole mahdollista toteuttaa. Hoidon ajankohdan valinnassa otetaan asiakkaan toiveet huomioon. Työpäivän kulku pyritään suunnittelemaan niin, että toiveita voidaan kuunnella. Tavoitteena on häiritä asiakkaan arkea kotikäynneillä mahdollisimman vähän. (Niemi 2006: 65 - 67.)

### 3.2.3 Perhekeskeisyys

Kotihoidon palveluissa asiakkaan elinpiiri korostuu. Perhekeskeisyydessä otetaan huomioon läheisten tarpeet ja tehdään yhteistyötä omaisten kanssa. Omaisten huolta lievitetään vastuun jakamisena, mutta heitä myös hyödynnetään palveluntuottajan voimavarana. Omaisten osallistuminen hoitoon lisää pärjäämisen tunnetta niin asiakkaan kuin omaisen kohdalla. Yhteistyö edellyttää luottamuksen syntyä. Jos asiakkaalla ja omaisilla on ristiriitaisia odotuksia ja toivomuksia, asiakkaan tarpeista huolehtiminen on ensisijaista. (Niemi 2006: 68 - 69.)

Omaiset ja muut läheiset ovat usein asiakkaan tärkeimpiä hoitajia ja kotihoidon yhteistyökumppaneita. Vastuuhoitaja pitää yhteyttä omaisiin, ohjaa omaista niissä toimissa, joihin omainen haluaa osallistua. Heille myös kerrotaan, mihin voi ottaa yhteyttä tarvittaessa. Läheisten jaksamisen ja uupumuksen ehkäisy on tärkeimpiä tehtäviä läheisten tukemisessa. Heitä kuunnellaan ja heidän kanssaan keskustellaan näkemyksistä asiakkaan jaksamisesta ja heidän omasta osuudestaan hoidossa. Omaisille järjestetään sijaishoitajia vapaapäivien ajaksi tai asiakkaalle järjestetään lyhytaikaisia laitosjaksoja, jotta omainen saa levätä. (Perälä & Hammar 2003: 44 - 45.)

Perheenjäsenten avun ja tuen saaminen riippuu monista asioista. Millaiset välit asiakkaalla on perheeseen, ovatko välimatkat kuinka pitkiä, perheenjäsenten terveydentila, työtilanne ja mikä on perheen oma ydinperhe. Asiakkaalta voi myös puuttua kokonaan perheen tuki. Perheenjäsen on yleensä mukana jo asiakkaan siirtyessä kodista sairaas-

laan ja tuntee ja tietää asiakkaan terveyden, voimavarat, selviytymisen, avun tarpeen ja sen saamisen sekä osaavat varautua pulmatilanteisiin. Perheenjäsen myös seuraa asiakkaan vointia ja selviytymistä, tukee henkisesti ja auttaa mielenvireyden ylläpidossa. Huoli jatkuvasti muuttuvista elämäntilanteista ja kotona selviytymisestä, omista tarpeista tinkiminen, asiakkaan kohtuuttomat odotuksen perheenjäseneltä, kieltäytyminen tarjotusta avusta sekä koko hoitoruljanssi väsyttää koko perhettä. (Koponen 2003: 63 - 65.)

### 3.2.4 Yhteistyö

Yhteistyötä tulee tehdä eritahojen kanssa asiakkaan kotiutuessa. Kotiutuksessa tulisi olla selkeät yhteiset toimintasäännöt, pidetään kotiutuspalaveri, jossa on mukana myös asiakas ja omaiset. Hoitosuunnitelma tehdään yhdessä kaikkien tahojen kanssa. Yhteistyötä tehdään kuntoutuksen, omaisten ja kotihoidon kanssa, jossa kartoitetaan asiakkaan fyysinen kunto, apuvälineiden tarve ja kotiolot. (Nykänen-Juvonen & Pakarinen 2009: 21 - 22.)

Tiivis yhteistyö asiakkaan, omaisen ja kotihoidon välillä on perusta kotihoidon onnistumiselle. Terveysaseman omalääkäri vastaa asiakkaan lääketieteellisestä hoidosta. Asiakkaan saamat erilaiset kunnalliset ja yksityiset tukipalvelut (ateria-, kuljetus-, siivous- ja turvapuhelin palvelut), päiväsaairaala- ja päiväkeskustoiminta ovat tärkeä osa kotihoitoa. Avoterveydenhuollon fysioterapeutti osallistuu kuntoutukseen, selvittää kodin muutostöiden tarvetta, hankkii ja neuvoo erilaisten apuvälineiden käytössä. Avoterveydenhuollon sosiaalityöntekijät tai vanhustenhuollon sosiaalityöntekijät järjestävät lyhyt- ja pitkäaikaiset laitoshoitopaikat. Lisäksi avoterveydenhuollossa toimii monia eri ammattiryhmiä sekä yksityisten palvelujen tuottajia, potilas tai vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakuntien työntekijöitä, jotka auttavat asiakasta päivittäisissä toiminnoissa ja niistä selviytymisessä. Kotihoidon ammatillinen osaaminen, toisen työn tukeminen ja arvostaminen tukee asiakkaan hyvää hoitoa ja auttaa kotona selviytymistä. Toiminta kotihoidossa vaatii moniammatillista yhteistyötä, jossa jokaisen osaaminen käytetään hyödyksi. (Perälä & Hammar 2003: 34.)

Fysioterapia tekee aktiivista yhteistyötä vanhustyön kanssa. Kotikäyntejä tehdään tarpeen mukaan asiakkaan kotiutuessa sairaalasta kotiin. Kotikäynneillä arvioidaan kodin muutostyöt ja apuvälineiden tarve. Liikunta- ja toimintakyvyn heikentyessä etsitään



kotikäynneillä kuntoutumiseen liittyviä keinoja ja ratkaisuja. (Muut terveydenhuolto-palvelut.)

### 3.2.5 Kotiutustiimin työnkuva Haminassa.

Tehostettu kotihoito hoitaa Haminassa sairaalasta kotiutuvat asiakkaat yhdessä koti-hoidon tiimien ja palveluohjaajan sekä tarvittaessa fysioterapeutin kanssa. Kohde-ryhmänä ovat uudet asiakkaat, jotka eivät aiemmin ole olleet kotihoidon piirissä ja joiden kotiutuminen vaatii paljon selvittelyä ja järjestelyä sekä kotihoidon asiakas, jonka kotiutuminen on vaikeutunut monisairaudesta tai muun syyn takia. Tehostettu kotihoito kotiuttaa myös asiakkaat, jotka kokevat turvattomuutta ja pelkoa kotona selviytymisestä tai omaiset ovat epävarmoja kotona pärjäämisestä sekä asiakkaat, jotka tarvitsevat erityisen paljon rohkaisua ja tukemista. Tehostettu kotihoito kotiuttaa myös eri-ikäiset asiakkaat, jotka tarvitsevat tehostettua kotihoitoa. Kotiutustiimin tavoitteena on mahdollisimman hallittu ja nopea osastohoidosta kotiutuminen, laitoskierteen ehkäiseminen ja pysyvän laitoshoidon tarpeen siirtäminen, osallistuminen sairaalasta kotiutuvien potilaiden toimintakyvyn arviointi yhdessä hoitoon osallistuvien henkilöiden kanssa, asiakkaan ja omaisen rohkaiseminen ja tukeminen kuntoutusvaiheessa sekä vähentää sairaalahoidosta muodostuvia lisäkustannuksia. (Kotiutustiimin työnkuva.)

## 4 KEHITTÄMISEN TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selkeyttää potilaan kotiutumista Haminaan ja selvittää, miten nykyinen kotiutusprosessi toimii ja mitä kehitettävää siinä koetaan olevan. Tutkimustavoitteeni työhöni nousivat aikaisemmasta teoriasta sekä työni tarpeesta. Tutkimustavoitteiden tarkoituksena on saada vastauksia vallitseviin ongelmiin työyhteisössä ja kehittää työyksikön toimintaa eteenpäin. Opinnäytetyöni tavoitteena on:

- kuvata hyvä potilaan kotiutusprosessi
- kuvata keskeisimmät asiat, jotka tulee ottaa huomioon potilaan kotiutuessa
- selvittää, miten potilaan kotiutusta Haminassa tulee kehittää, että se palvelee parhaiten asiakkaita ja yhteistyötahoja

## 5 HAMINAN KOTIHOIDON KOTIUTUKSEN NYKLYTILAN KARTOITUS

### 5.1 Haastattelun merkitys toimintatutkimusprosessissa

Jotta opinnäytetyöni palvelisi parhaiten Haminan kaupungin kotihoidon potilaan kotiutusprosessia, päätin tehdä lähtötilanteen kartoituksen haastattelemalla tehostetun kotihoidon työntekijät (neljä vakituista sairaanhoitajaa sekä yhden vakituisen vuosilomien sijaisen). Kotihoidon kotiutushoitajan toimen loputtua potilaiden kotiutus siirrettiin tehostetun kotihoidon tiimin alle. Alkuperäisenä visiona oli, että tehostettu kotihoito on mukana kaikkien potilaiden kotiutuksessa. Lisäksi yhteistyö sairaaloissa on vanhentunutta tietoa potilaan kotiutuksesta, mihin otetaan yhteyttä, kun sairaalassa aletaan suunnittelemaan potilaan kotiutumista. Opinnäytetyöni tarkoituksena on selkeyttää potilaan kotiutumista Haminaan ja selvittää, miten nykyinen kotiutusprosessi toimii ja mitä kehitettävää siinä koetaan olevan

Haastattelu tähtää informaation keräämiseen ja on ennalta suunniteltua. Haastatteluiden tavoitteena on saada luotettavaa tietoa tutkimusongelman kannalta tärkeiltä alueilta. Haastattelutyyppejä on lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja strukturoimaton haastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2000: 41 - 45) Suurin etu haastattelussa on, että se on joustava tiedon keruu menetelmä. Haastattelussa aiheiden järjestystä on mahdollista säädellä ja mahdollisuus tulkita vastauksia enemmän kuin kyselyssä. Haastattelulla annetaan vastaajille mahdollisuuden tuoda asioita esille mahdollisimman vapaasti. Etuna pidetään myös sitä, että näin saadaan vastaajiksi suunnittelemat henkilöt mukaan tutkimukseen ja haastateltavat ihmiset ovat helppo tavoittaa myöhemminkin, jos on tarve täydentää aineistoa. Haastatteluiden haittana pidetään sitä, että haastateltava voi esimerkiksi kokea haastattelun pelottavaksi tilanteeksi. Haastattelun luotettavuutta voi heikentää se, että haastatteluissa on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Tämä pitää ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2001: 191 - 194.)

### 5.2 Haastatteluiden toteutus

Opinnäytetyössäni haastattelukysymykset nousivat aikaisemmasta tutkitusta tiedosta, jotka ovat merkityksellisiä opinnäytetyöni tutkimustavoitteiden sekä työni tarpeen kannalta. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 76 - 77.) Haastattelukysymykset työhöni tulivat aiheista tiedottaminen, asiakaslähtöisyys, yhteistyö ja toimintakäytännöt (liite 3).

Haastattelulla selvitin nykyisiä käytäntöjä potilaan kotiutumiseen liittyen, mikä on hyvää ja missä on kehitettävää. Opinnäytetyössäni haastattelumuotona käytin lomakehaastattelua, joissa kysymysten muoto ja esittämisjärjestys on ennalta määritelty. (ks. Huovinen & Rovio 2007: 110.) Lomakehaastattelun tavoitteena on saada vastaus jokaiseen kysymykseen haastattelijan määräämässä järjestyksessä. Lomakehaastattelussa kysytään tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiä kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2002: 76 - 77.) Haastattelut suoritin yksilöhaastatteluna, joka on tavallisin haastattelumuoto. (Hirsjärvi ym. 2001: 197.) Haastattelut tehtiin tehostetun kotihoidon toimistolla ennalta sovittuna aikana. Haastattelijoiden henkilöllisyys ei tule missään työn vaiheessa esille, koska haastattelut on tehty nimettömänä. Haastattelut nauhoitin nauhurille, jonka käytön olin testannut etukäteen. Haastattelut purettiin sanasta sanaan, minkä jälkeen ne analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.

### 5.2.1 Sisällön analyysi

Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysissä pyritään esittämään tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa ja joiden avulla tutkittava ilmiö voidaan käsitteellistää. (Kyn-gäs & Vanhanen 1999: 3 - 4.) Opinnäytetyössäni käytin sisällön analyysia haastatteluiden analysointiin sekä yhteistyökumppanin kanssa pidetyn palaverin analysointiin.

Analyysin tekemiseen ei ole olemassa yksityiskohtaisia sääntöjä, vaan tiettyjä ohjeita analyysiprosessin etenemisestä. Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella tavalla, joko lähtien aineistosta tai jostakin aikaisemmasta käsitejärjestelmästä jota hyväksi käyttäen aineisto luokitellaan. Ennen analyysin aloittamista päätin analysoida vain sen, mikä on selvästi ilmaistu dokumenteissa. Aineistojen analyysin aloitin nauhoitetujen haastattelujen purkamisella. Kirjoitin nauhat sanatarkasti tekstiksi. Haastattelut suoritin muutaman päivän sisällä, joten purin kaikki haastattelut peräkkäin. Puhtaaksi kirjoittamisessa ei esiintynyt ongelmia, koska haastattelut olivat selkeitä ja hyvänlaatuisia. Haastatteluaineistoa kertyi 13 sivua (riviväli 1). Sisällön analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Tavallisimmin käytetty analyysiyksikkö on sana tai sanayhdistelmä, mutta se voi olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksiköksi valitsin sanayhdistelmät tai lauseet. Analyysiyksikön valitsemisen jälkeen aineisto luetaan monta kertaa läpi, ja sen tarkoituksena on luoda pohja

analyysille. Sanayhdistelmät tai lauseet keräsin ranskalaisilla viivoilla kysymysten alle. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 5.)

Ryhmittelyssä aineisto yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista asiat, jotka kuuluvat yhteen. Ryhmittelyssä on kysymys pelkistettyjen ilmaisujen erilaisuuksien ja yhtäläisyyksien etsimisestä. Aineiston pelkistämisen jälkeen yhdistelin pelkistettyjä asioita muodostaen niistä ryhmiä, kategorioita. Kategorioille annoin sisältöä hyvin kuvaavat nimet. Jatkoin analysointia vielä yhdistelemällä eri kategorioita yhteen muodostaen yläkategorioita, joille annoin kanssa nimet. Kategorioita yhdistellään niin kauan kuin se on mielekästä ja mahdollista. Työni tuloksena esitän analyysissä muodostetun mallin, joka sisältää pelkistetyt ilmaisut, alakategoriat ja yläkategoriat. Analyysissä muodostetun mallin lisäksi kirjoitan tuloksista sanallista tuotosta, jossa käytän esimerkinomaisesti suoria lainauksia haastatteluista. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 5 - 10.)

### 5.2.2 Analyysin luotettavuus

Luotettavuuden kannalta sisällön analyysin ongelmana on pidetty sitä, että tulos perustuu tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. Haastatteluiden analysoinnin luotettavuutta lisää se, että analysoin vain sen, mitä oli sanottu. Sisällän analyysin haasteellisuutena oli saada pelkistetyt asiat kuvattua mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa sisältöä kuvaavaksi. Tuloksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että yhteys tuloksiin ja aineiston väliin pystytään osoittamaan. Muodostetuilla kategorioilla pitää olla yhteys aineistoon ja niiden pitää liittyä järkevästi luotuun käsitejärjestelmään. Jos yhteyttä aineistoon ei voida osoittaa, tulosta ei voi pitää luotettavana. Kategorioiden muodostaminen on jatkuvaa vuoropuhelua aineistojen ja muodostumassa olevien kategorioiden välillä. Aineistossani kategorioiden nimet nousivat luontevasti pelkistetyistä asioista ja kategoriat pyrin pitämään haastattelun kulun mukaisessa järjestyksessä. Tutkija on vastuussa siitä, että tutkimustulos vastaa aineistoa. Sisällön analyysin voi esittää dokumentissa oleville henkilöille ja pyytää heitä arvioimaan, vastaako tulos todellisuutta (face-validateetti). Face-validateetin huonona puolena luotettavuuden varmistamiseksi on, että tutkittava tai asiantuntija ei pysty hahmottamaan tulosta samalla tavalla kuin tutkija. Asianmukaisesti ja huolella käytettynä sisällön analyysillä voidaan tuottaa uutta tietoa ja muodostaa käsitejärjestelmiä, - kartoja ja malleja. (Kyngäs & Vanhanen 1999: 10 - 11.)

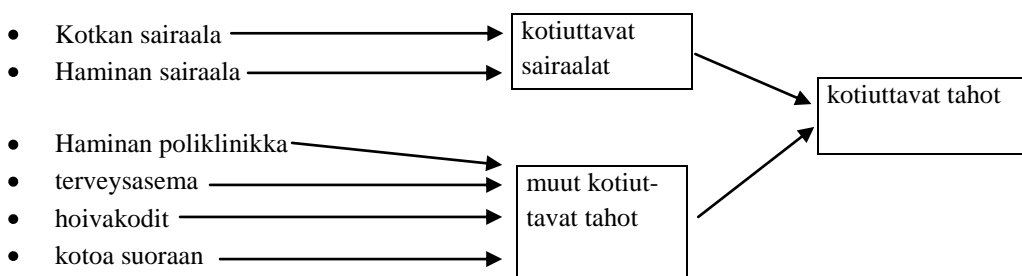
### 5.3 Potilaan kotiutuksen kehittämiskohteet Haminan kotihoidossa

Lähtötilanteen kartoitus haastattelun tein kaikille Haminan tehostetun kotihoidon työntekijöille. Haastattelin neljä vakituista sairaanhoitajaa sekä yhden vakituisen vuosilomien sijaisen. Haastattelut tein lomakehaastatteluina. Haastattelukysymykset tulivat aiheista tiedottaminen, asiakaslähtöisyys, yhteistyö ja toimintakäytännöt. Haastattelun tarkoituksena oli selvittää nykyiset toimintakäytännöt ja hoitajien mielipiteet kyseisten aiheiden alta, mikä on hyvää ja missä he kokevat olevan jotain kehittämistä. Haastattelut olen purkanut sisällön analyysiä käyttäen ja tuloksina esitän siitä muodostamani mallin, joka etenee aiheittain haastattelun mukaisessa järjestyksessä. Muodostetun mallin lisäksi kirjoitan sanallista kuvausta jokaisesta aiheesta, jossa käytän esimerkinomaisesti suoria lainauksia haastatteluista. Lopuksi teen erillisen yhteenvedon tuloksista sekä potilaan kotiutusprosessista kuvion, johon kerään tiedot aikaisemmasta teoriasta ja haastatteluista saamastani materiaalista. Kotiutusprosessi kuviolla vastaan selkeästi tutkimustavoitteisiini.

#### 5.3.1 Tiedottaminen

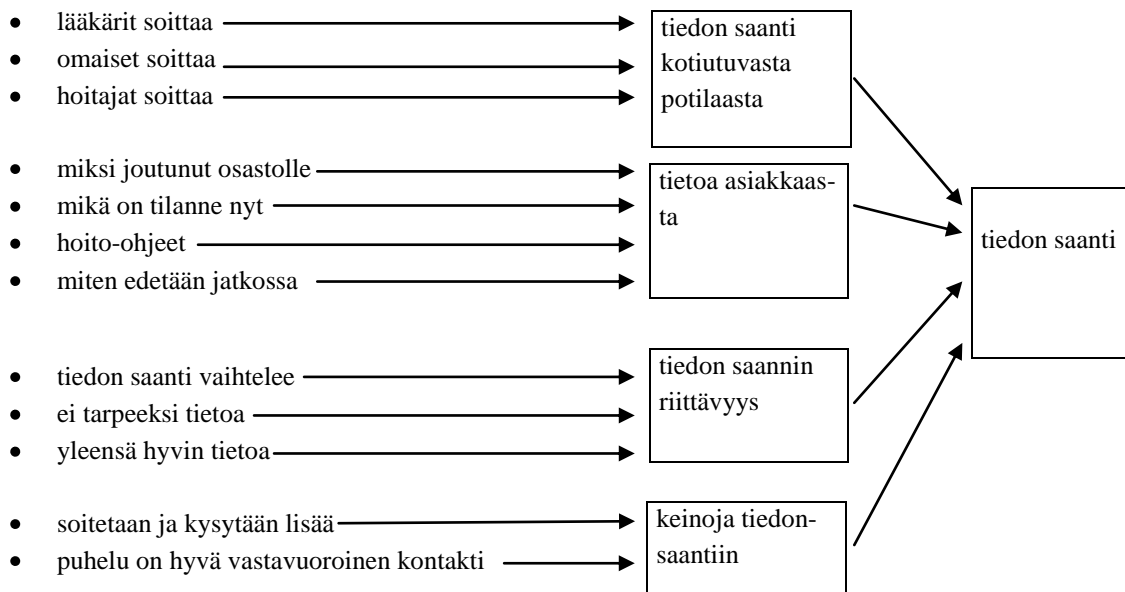
Haastattelukysymykset aiheesta tiedottaminen koostuvat aiheista, mistä potilaat kotiutuvat ja miten tieto kotihoidolle kotiutuvasta potilaasta tulee ja millaista tietoa kotiutavalta taholta saadaan?

Haminan kotihoitoon asiakkaat kotiutuvat pääsääntöisesti Kotkan keskussairaalaista ja Haminan sairaalasta. Kotituvasta potilaasta tieto tulee puhelimitse (Kuva 3):



Kuva 3. Kotiuttavat tahot

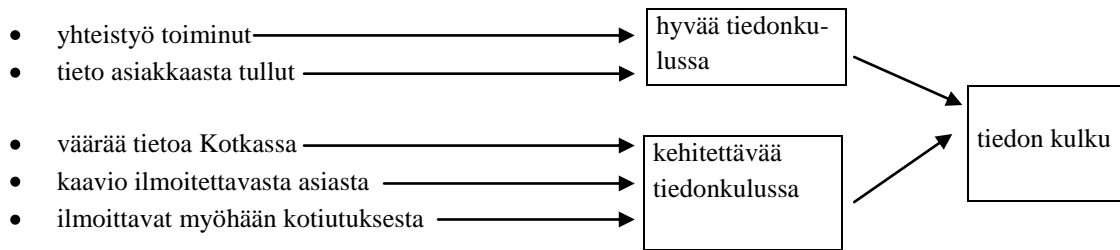
Kotiuttava tahoo kertoo hoitoon liittyvät tiedot; ” *he kertovat hoitoon liittyvät tiedot, mitä lääkkeitä menee ja kuinka usein ja jos on muutakin hoidettavaa*”. Osastot ovat yleensä kartoittaneet kotona tarvittavia apuja etukäteen (Kuva 4):



Kuva 4. Tiedon saanti

Tiedonkulussa nähtiin hyvänä se, että lähettävät tahot auttavat mielellään kotiutukseen liittyvissä kysymyksissä; ”*puhelu on vastavuoroinen keskustelu*” ja ”*aina voi kysyä lisää tietoa, jos sitä ei automaattisesti huomata kertoa*”. Haastateltavat kokivat, että saatu tieto on yleensä ollut riittävää; ”*Täytyyhän sen tiedon kulkea ihan asiakaslähtöisyyden ja turvallisuuden kannalta*”.

Kehitettävää tiedonkulussa haastateltavien mielestä oli se, että Kotkassa on edelleen väärää tietoa Haminan uudesta kotiutussysteemistä ja puheluja tulee väärin numeroihin; ”*se on se suurin sotku, joka tällä hetkellä on*”. Kotiutuksista ilmoitetaan liian myöhään, joten aikaa kotiutuksen suunnitteluun jää vähän (Kuva 5):

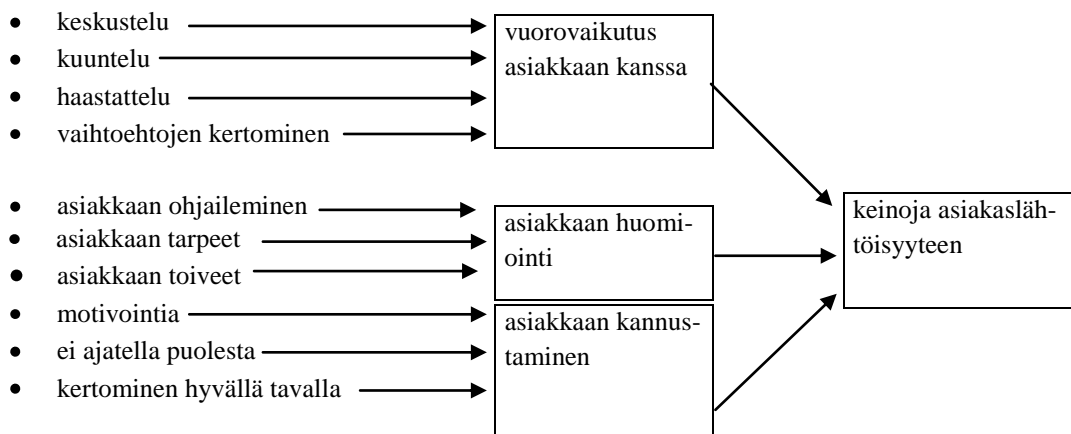


Kuva 5. Tiedon kulku

### 5.3.2 Asiakslähtöisyys

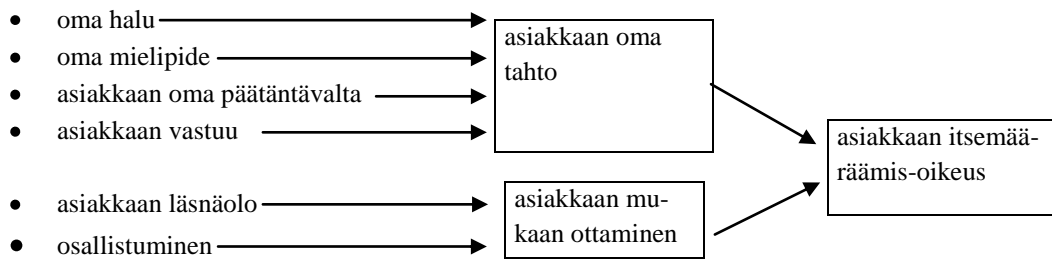
Asiakslähtöisyydessä kysymyksillä selvitin, mitä asiakslähtöisyys hoitajien mukaan on, mitä asiakslähtöisessä kotiutuksessa erityisesti huomioidaan ja miten asiakslähtöisyys toimii nykyään.

Keinoja asiakslähtöiseen kotiutukseen ovat asiakkaan kuuntelu; ”*keskustelua asiakkaan kanssa ja vaihtoehtojen kertomista, miten hänen toiveet voidaan sitten ottaa huomioon sillä tavalla, että myös hoito toteutuu*”. Asiakslähtöistä on asiakkaan omissa voimavarojen huomioiminen, asiakkaan tarkkailu sekä motivointi hoitoon (Kuva 6):



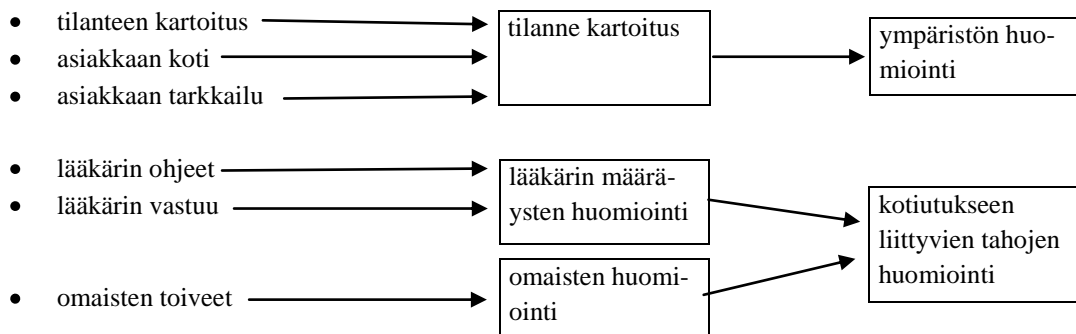
Kuva 6. Keinoja asiakslähtöisyyteen

Asiakslähtöinen kotiutus; ”*lähtee aina asiakkaan tarpeesta*”. Asiakas saa olla itse päättämässä kotiutuksestaan; ”*Kysytään tietysti sen asiakkaan mielipide siihen, haluako se lähteä kotiin vai haluaisiko se mahdollisesti olla sairaalassa*”. (Kuva7):



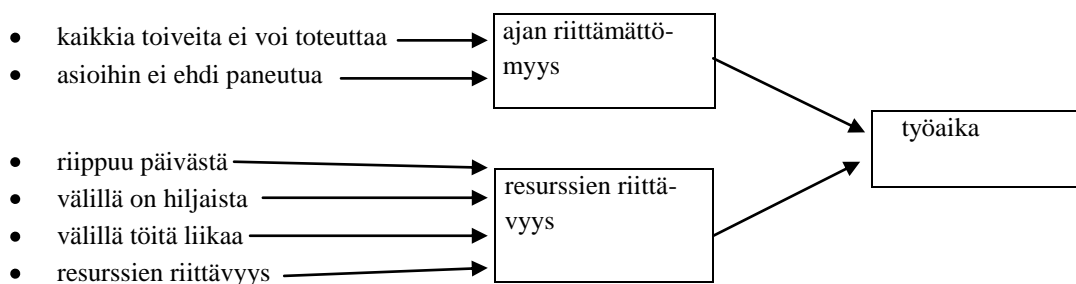
Kuva 7. Itsemääräämisoikeus

Haastateltavat kokivat, että asiakkaan toiveet kotiutukseen pyritään aina toteuttamaan; ”*Joskus joutuu ohjailemaan asiakasta, ku heidän toiveet eivät ole hänen terveydelleen parasta*”. Lääkärin ohjeita noudatetaan aina viime kädessä (Kuva 8):



Kuva 8. Kokonaisvaltainen huomiointi

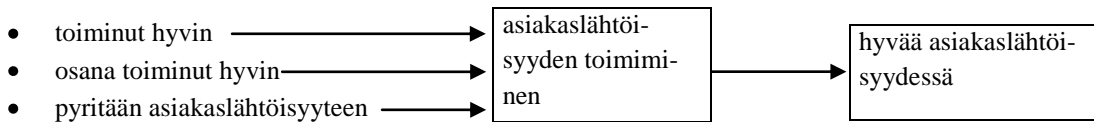
Kotiutukseen pitäisi olla riittävästi aikaa ja resursseja; ”*Se riippuu niin meidän päivästä.*” Välillä töitä on liikaa ja välillä on hiljaista (Kuva 9):



Kuva 9. Hoitohenkilökunnan ajan riittävyys

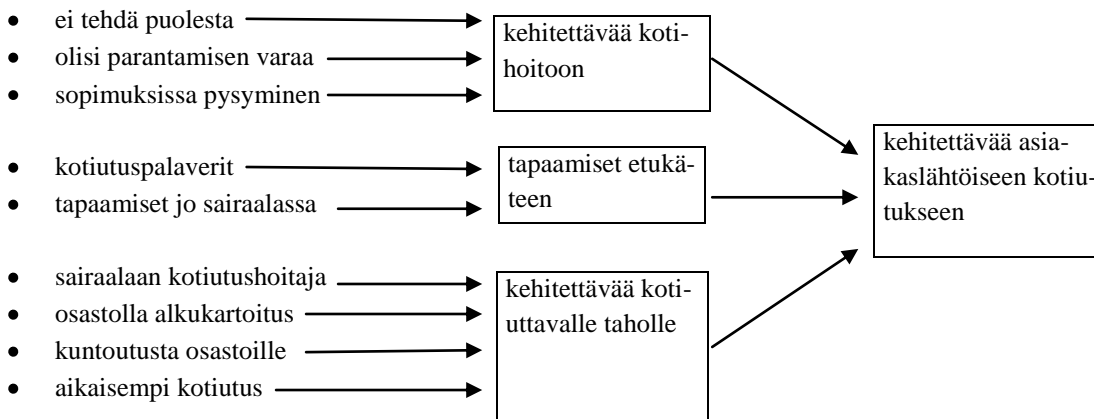
Haastateltavien mukaan asiakaslähtöisyys on toiminut hyvin; ”*Aina pyritään asiakaslähtöisyyteen*” (Kuva 10):





Kuva 10. Hyvää asiakaslähtöisyydessä

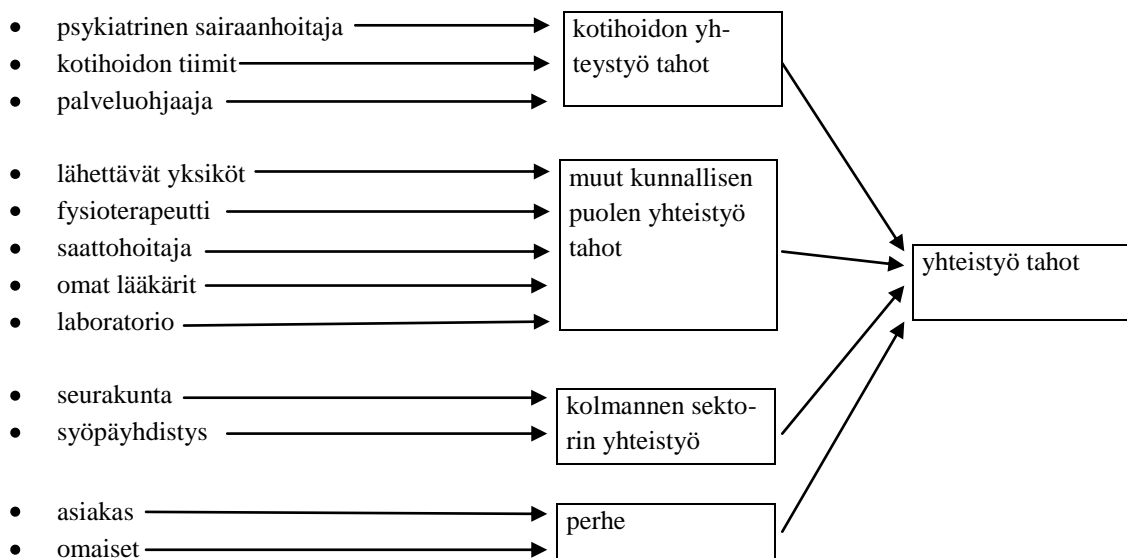
Kehittämiskohteeksi asiakaslähtöiseen kotiutukseen nousivat tapaamiset asiakkaan kanssa etukäteen; ”*Thanteellisinta olisi, että voisi käydä kaikkia asiakkaita tapaamassa jo sairaalassa ollessa*”. Sairaalassa tulisi olla erillinen kotiutusohitaja, joka ymmärtää kotihoidon puolen, kotiutusajankohta voisi olla aikaisempi ja osastoilla voisi olla parempi kuntoutus; ”*Asiakkaita vois siellä osastolla enemmän kuntouttaa, että ne ois kotikuntoisempia*” (Kuva 11):



Kuva 11. Kehittävää asiakaslähtöisyyteen

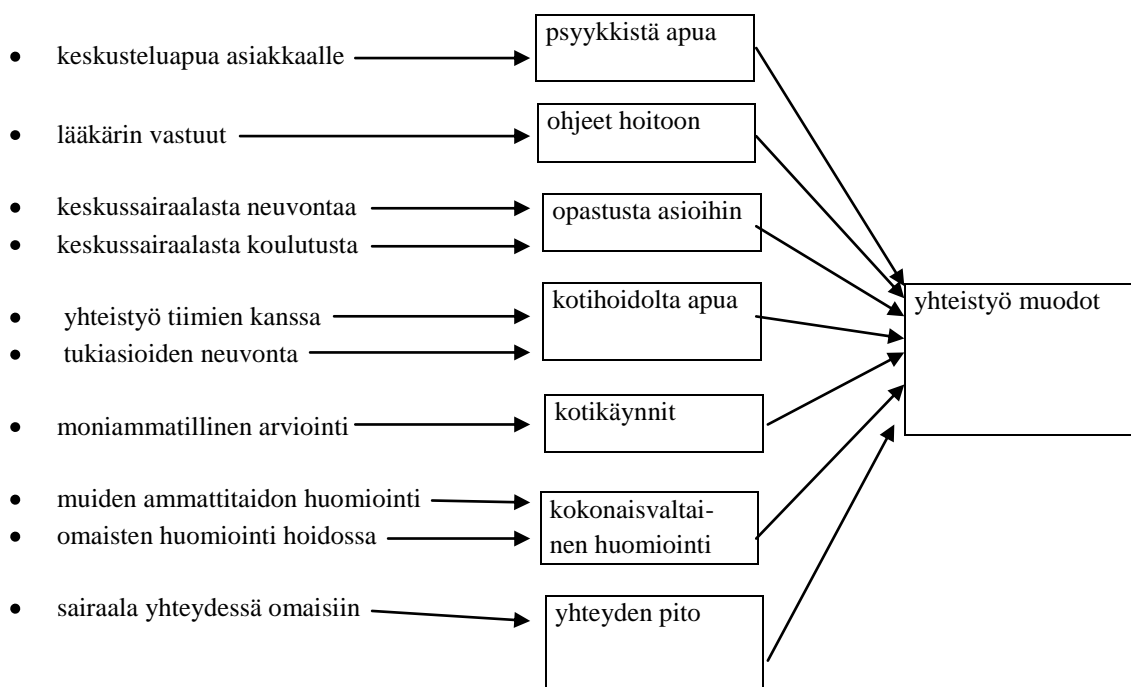
### 5.3.3 Yhteistyö

Yhteistyö kysymyksillä selvitin, minkälaista yhteistyötä tehdään eri tahojen kanssa, miten hoitoneuvotteluita järjestetään ja keitä niihin osallistuu sekä mikä on omaisten osuus asiakkaan kotiutuessa. Asiakkaan kotiutuessa voidaan käyttää paljon eri yhteistyötahoja, jotka mietitään jokaisen asiakkaan kohdalla erikseen (Kuva 12):



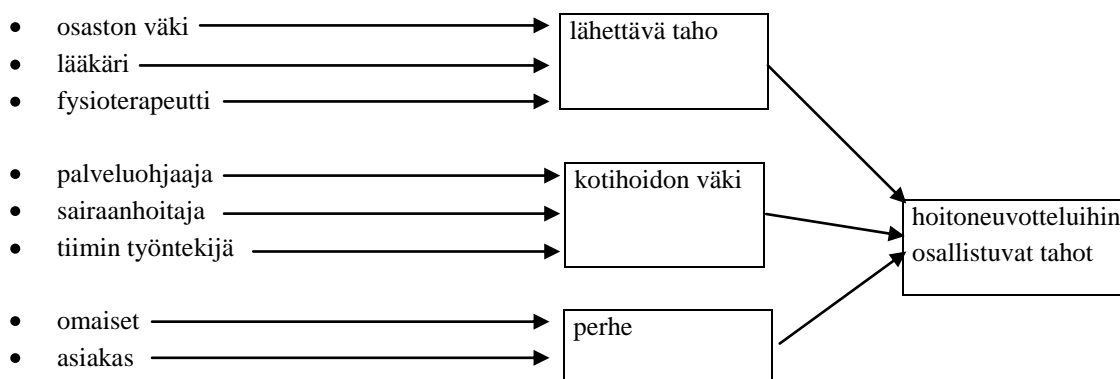
Kuva 12. Yhteistyötahot

Eri ammattiryhmiä käytetään apuna keskusteluissa asiakkaan kanssa; ”heidän tieto ja taito”, Lääkäreiltä tulevat ohjeet ja neuvonta asiakkaan hoidosta, Kotkan keskussairaalaan tulevat neuvontaa ja koulutusta hoitajille. Kotihoidon tiimien kanssa tehdään yhteistyötä (Kuva 13):



Kuva 13. Yhteistyömuodot

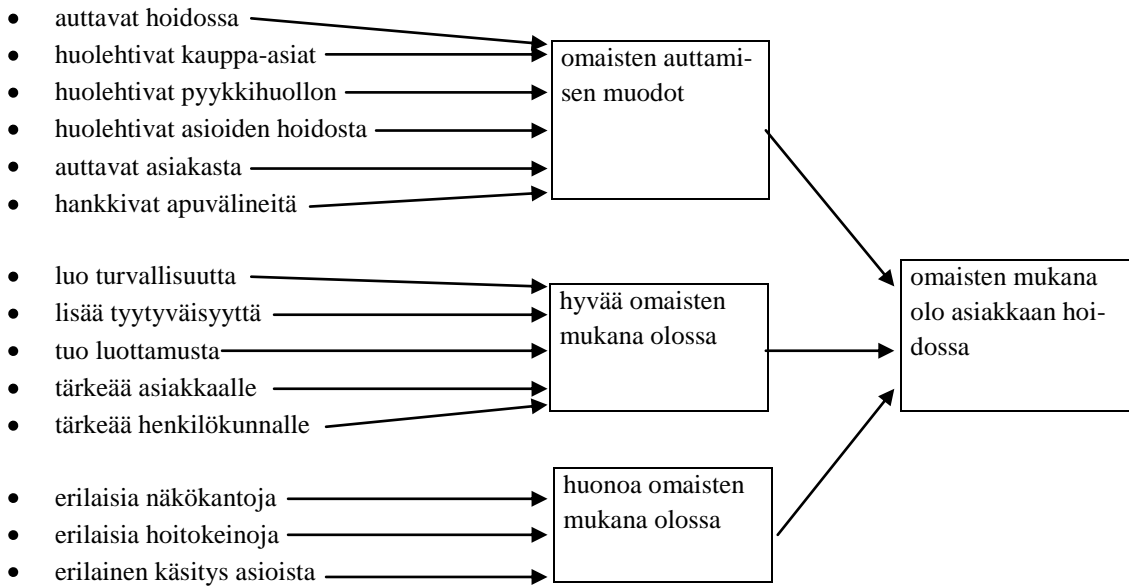
Kotikäynneille ja kotiutuspalavereihin osallistuu eri ammattihenkilöitä tarpeen mukaan; ”*osaston henkilökuntaa, omaisia on siellä, täältä sairaanhoitaja, ehkä palveluohjaaja, asiakas itse ja muita tarpeen mukaan*”. Omaiset otetaan mukaan jo hoitoneuvotteluvaiheessa, jossa omaisten auttamismahdollisuus kartoitetaan; ”*me kartoitetaan sitten, mitä ne voi tehdä siellä kotona, mikä on heidän osuus ja mitä tekee kotihoito*” (Kuva 14):



Kuva 14. Hoitoneuvotteluihin osallistuvat tahot

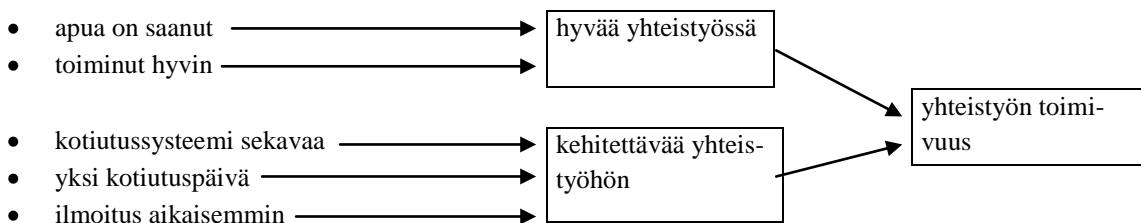
Omaisten mukana olo koettiin pääasiallisesti positiivisena, he auttavat asiakkaan perushoidossa, huolehtivat päivittäisistä hankinnoista ja perustarpeista; ”*se on osa sitä asiakkaan kotona pärjäämistä*”. Omaisten mukanaolo lisää asiakkaan turvallisuutta, tyytyväisyyttä, ja he ovat tärkeitä asiakkaalle kuin hoitajillekin. Omaiset otetaan mukaan heidän omien voimavarojen mukaan; ”*väkinen ei kenenkään tarvitse, sekin otetaan huomioon, jos ei jaksa tai ettei vaadita*”.

Joskus omaisella voi olla erilainen näkemys asiakkaan hoidosta ja avuntarpeesta; ”*vaimo oli netistä katsonut, että noin voi tehdä ja meillä oli hirveä perustelu, miksi me tehdään näin*”, tai he passaavat asiakasta liikaa ja puhuvat asiakkaan puolesta; ”*ehkä ne sanoo, mitä meidän äiti haluaa ja tarvii, se ei sit lähde taas siitä hoitettavan tarpeesta*” (Kuva 15):



Kuva 15. Omaisten mukana olo asiakkaan hoidossa

Yhteistyön koettiin toimivan yleensä hyvin ja apua on saanut tarvittaessa; ”*Kehitettävää on aina kaikessa*”. Kehittämiskohteeksi yhteistyössä nousi uusi kotiutussysteemi, se koettiin sekavaksi; ”*jos soittaisivat vaikka meille ja me sanottas et soittakaapa sinne tiimiin, niin se on hankalaa ku yritetään välttää sitä, et tää ei kuulu meille*”. Ilmoitus kotiutuksesta voisi tulla aikaisemmin ja voisi olla yksi sovittu kotiutuspäivä; ”*ois-han se hienoa, et ois joku päivä joka ois kaikille varattu, mut ei se käytännössä toimi silleen*” (Kuva 16):

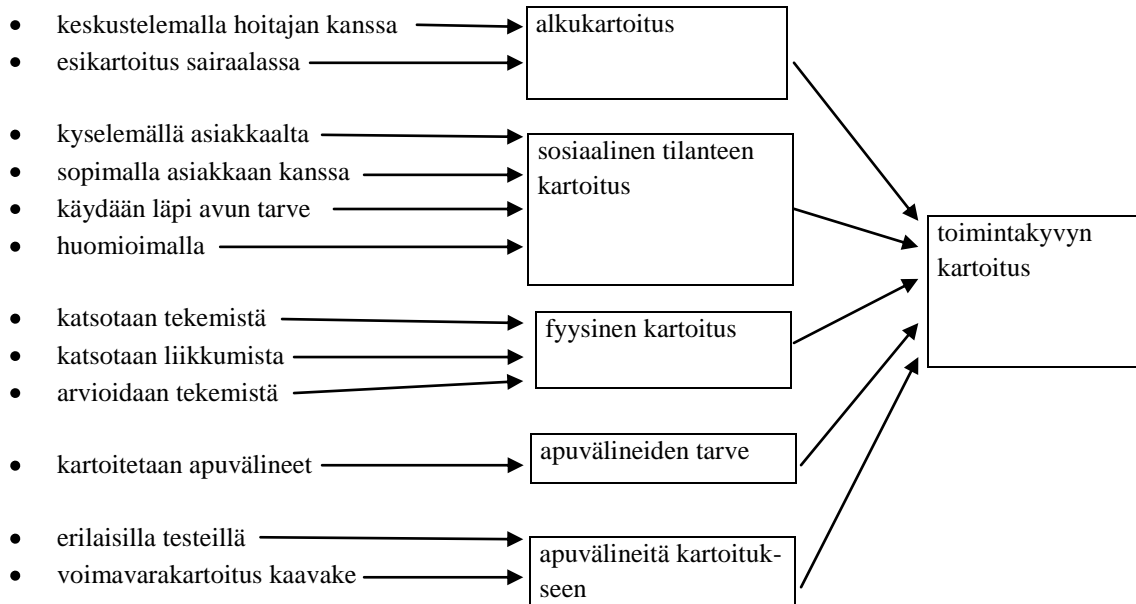


Kuva 16. Yhteistyön toimivuus

#### 5.3.4 Toimintakäytännöt

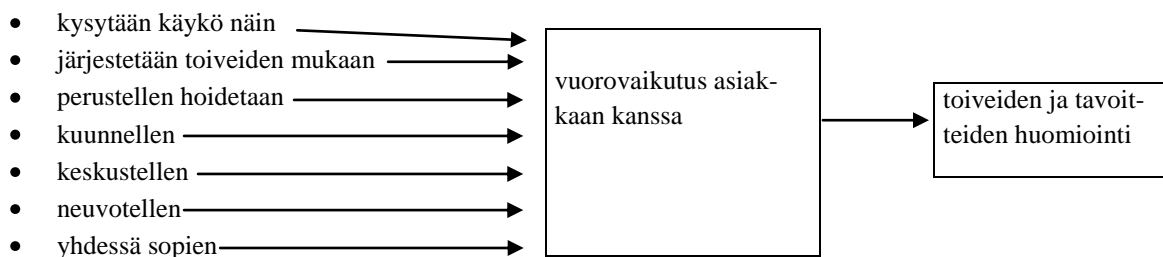
Toimintakäytännöt kysymyksillä selvitin, miten nykyään toimitaan asiakkaan kotiutuksessa, miten hoito- ja palvelusuunnitelma laaditaan sekä nykyistä kirjaamiskäytäntöä.

Asiakkaan voimavarat kartoitetaan keskustelemalla jo lähettävän tahon kanssa; ”ne ilmoittaa sieltä, että tämmönen on kotiutumassa ja tarvitsee tätä”. Keskustelemalla asiakkaan kanssa sekä tarkkailemalla asiakkaan toimintakykyä tilanteessa omin silmin; ”toimintakykyä katotaan heti kun mennään, et mitä pystyy tekemään ite, miten pystyy liikkumaan, tarviiko apuvälineitä” (Kuva 17):



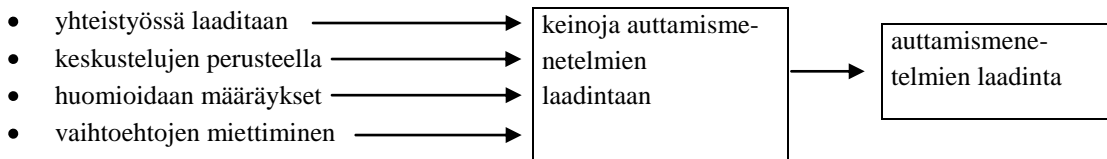
Kuva 17. Toimintakyvyn kartoitus

Asiakkaan mielipiteet, tavoitteet ja toiveet huomioidaan, asioista keskustellaan ja neuvotellaan ja yhdessä suunnitellaan tavoitteet hoidolle. Eri vaihtoehtoja mietitään yhteisymmärryksessä; ”Asiakkaan kanssa neuvottelemalla käydään läpi niitä, mikä hänen mielestään olisi tärkeää ja yritetään saada jonkinlainen yhteinen tavoite” (Kuva 18):



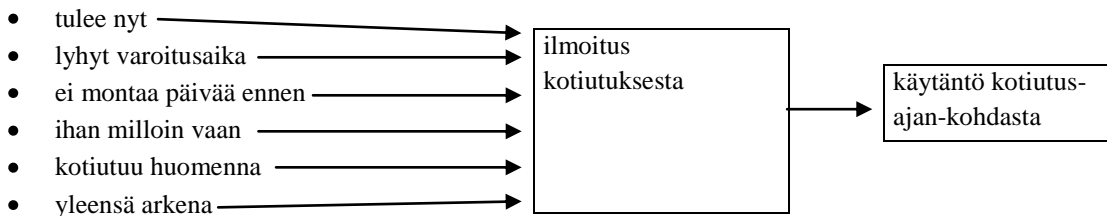
Kuva 18. Asiakkaan huomiointi

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan laaditaan auttamismenetelmät asiakkaan kanssa yhdessä neuvotellen aikaisempien keskustelujen perusteella. Lääkärin määräykset huomioidaan aina (Kuva 19):



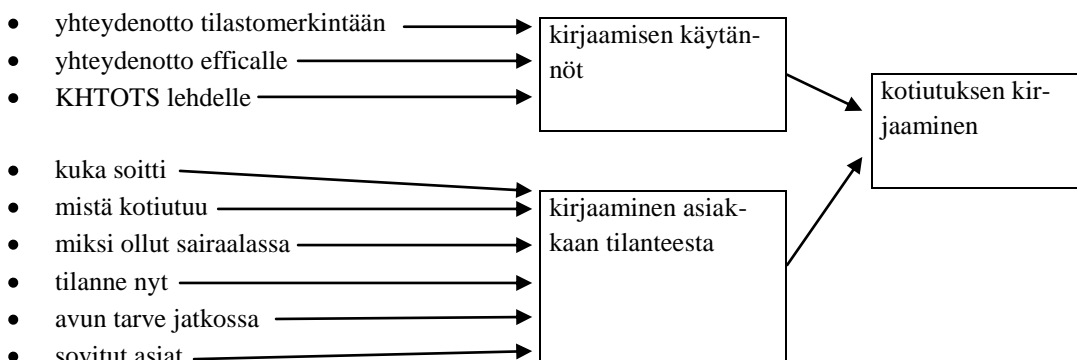
Kuva 19. Auttamismenetelmien laadinta

Asiakkaat kotiutetaan lyhyellä varoitusaajalla, he voivat kotiutua ihan milloin vaan (Kuva 20):



Kuva 20. Kotiutus ajankohta

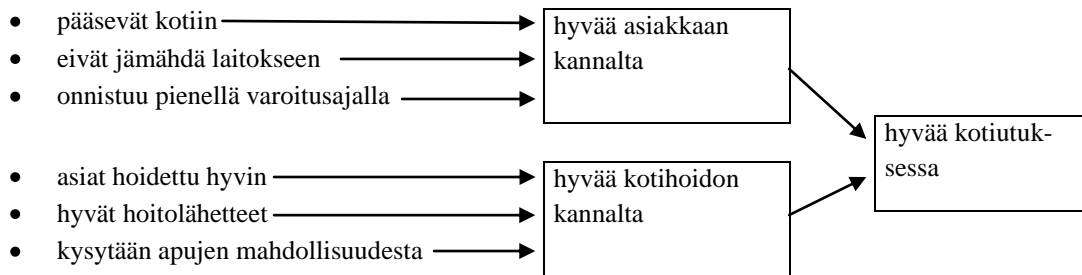
Asiakkaan kotiutuessa kirjataan yhteydenotto, kuka on ilmoittanut ja tiedot asiakkaasta, mitä saadaan. Kotihoidossa on ollut käytössä effica-ohjelma (Kuva 21):



Kuva 21. Kotiutuksen kirjaaminen

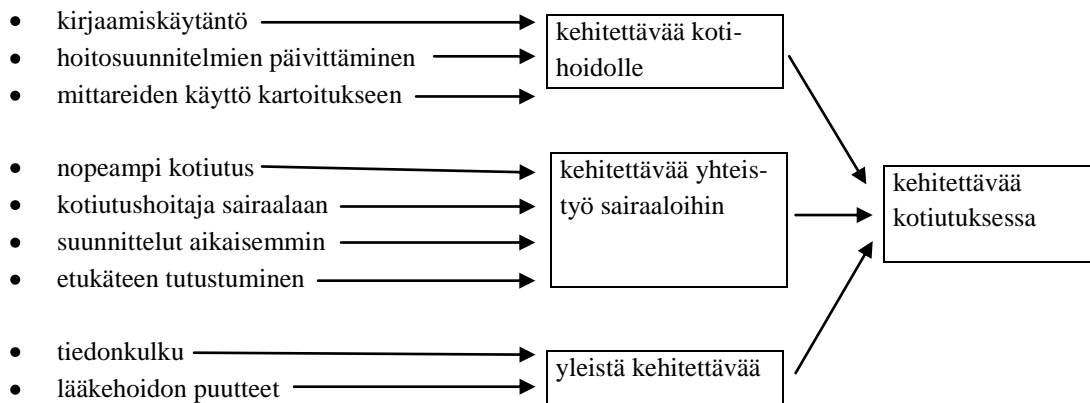
Kotiutuksessa hyvänä nähtiin se, että asiakas pääsee kotiin, kotiutukset onnistuvat myös pienellä varoitusaajalla; ”*se on kai parasta siinä*”. Lähettävät tahot tekevät huo-

lelliset hoitolähteet, jotka ovat yhteisen ohjelman vuoksi tietokoneelta luettavissa; ”nykypäivänä *toi effica mahdollistaa sen, et me päästään lukemaan ne hoitotyön yhteenvedot*” (Kuva 22):



Kuva 22. Hyvää kotiutuksessa nykyään

Kehittämiskohteeksi nousi yhtenäinen kirjaaminen; ”*kirjaamista pitäis kehittää, sekä meidän että tiimeissä, että sit näkis sieltä*”. Asiakkaan kotiutuessa puuttuu reseptejä ja lääkkeitä; ”*sit täytyy vaan järjestellä*”, kotiutuspalavereita pidetään liian harvoin, joten asiakkaaseen ei pääse tutustumaan etukäteen; ”*Tutustuttas paremmin siihen potilaaseen, ku et joku kertoo jotain*”. Sairaалalta puuttuu kotiutushoitaja, joka tuntisi kotioidon käytäntöjä (Kuva 23):



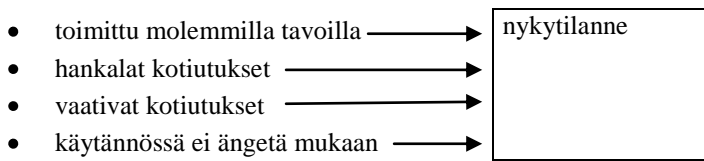
Kuva 23. Kehittävää kotiutuksessa

### 5.3.5 Nykyiset käytännöt kotiutustiimissä potilaan kotiutuessa

Kotiutustiimin työnkuvan siirrettyä tehostetun kotioidon tiimille alkuperäisenä suunnitelmana oli, että tehostettu kotihoito hoitaa Haminassa sairaalasta kotiutuvat asiakkaat yhdessä kotioidon tiimien ja palveluohjaajan sekä tarvittaessa fysioterapeutin

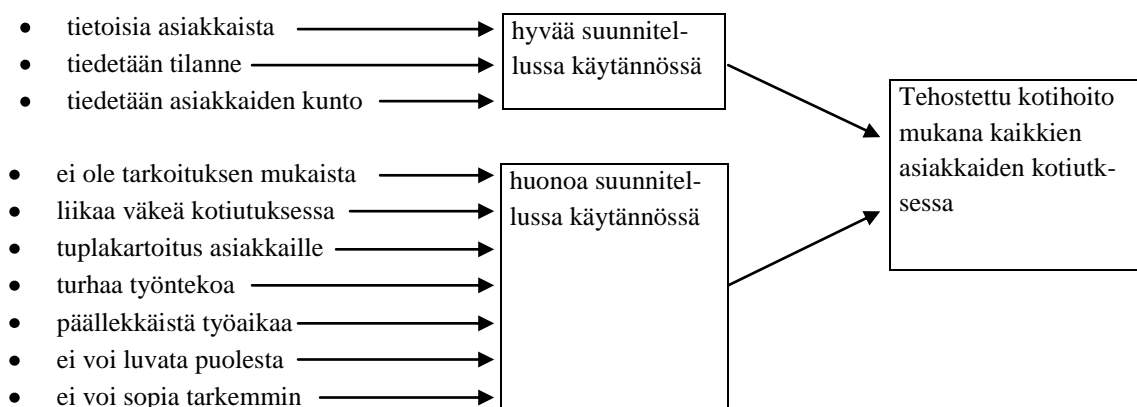
kanssa. (Kotiutustiimin työnkuva.) Haastatteluissa selvitin työntekijöiden mielipidettä asiasta ja sitä, mitä ongelmia he ovat kohdanneet tässä asiassa, sekä heidän mielipidettä siitä, miten kyseinen asia tulisi heidän mielestään hoitaa.

Kotiutustiimi on toiminut kahdella tavalla. Se on ollut mukana kaikkien uusien asiakkaiden kotiutuksessa tai kotiuttanut vain tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaat;  
*” Jossain vaiheessa lähetettiin mukaan kaikkiin kotiutuksiin, mutta se ei ollut oikein tarkoituksen mukaista kuitenkaan”* (Kuva 24):



Kuva 24. Nykyinen käytäntö kotiutustiimissä

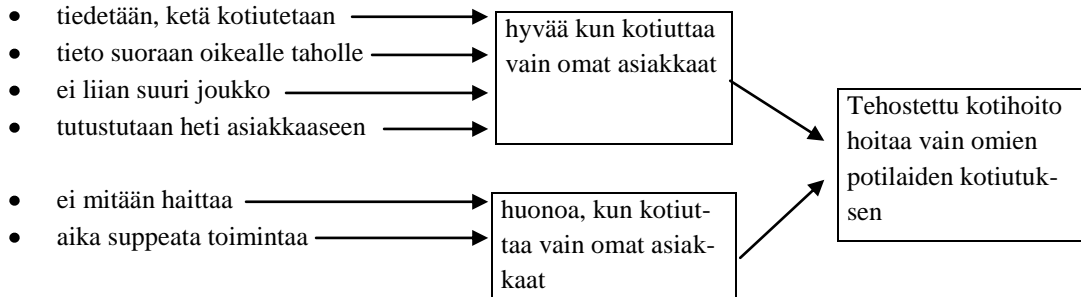
Jos tehostettu kotihoito olisi mukana kaikkien potilaiden kotiutuksessa; *” oltaisiin tietoisia siitä, mitä siellä on”* ja; *” oltaisiin tietoisia, minkä kuntoisia ihmisiä täällä kaupungissa elelee”*. Haittana he kokivat sen, että kotiutuspalaverihin tulisi liikaa väkeä, jos hekin osallistuvat kaikkiin kotiutuksiin. He eivät pysty lupaamaan toisten puolesta töitä. Asiakkaalle tulee tuplakartoitus, koska hoitava tiimi joutuu kartoittamaan asiat uudelleen; *” sen kuka hoitaa, pitää sit mennä sinne sopimaan asioista kuitenkin”*, sekä tulee turhaa päällekkäistä työaika (Kuva 25):



Kuva 25. Tehostettu kotihoito mukana kaikkien asiakkaiden kotiutuksessa

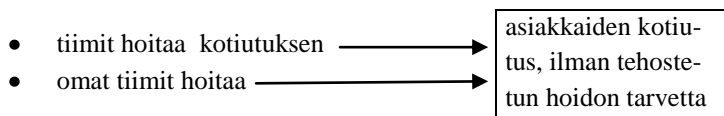


Jos he kotiuttaisivat vain tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaat, etuna he kokivat sen, että he tietävät tulevat asiakkaat ja; ” *meille tulee suoraan se tieto siitä lähettävältä osastolta tai poliklinikalta*” (Kuva 26):



Kuva 26. Tehostettu kotihoito hoitaa vain omien asiakkaiden kotiutuksen

Haastateltavien työntekijöiden mukaan ei- tehostettua kotisairaanhoitoa vaativat asiakkaat voisi kotiuttaa heidän oma kotihoidon tiimi (Kuva 27):



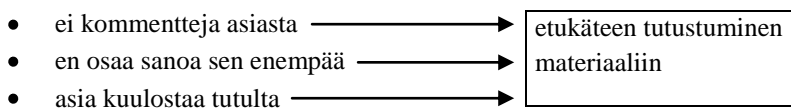
Kuva 27. Asiakkaiden kotiutus ilman tehostetun hoidon tarvetta

#### 5.4 Yhteistyöpalaveri toimeksiantajan kanssa saamistani kehittämiskohteista

Yhteistyöpalaveri pidettiin 24.11.2010 tehostetun kotihoidon osastonhoitajan huoneessa. Palaveriin osallistui yksi tehostetun kotihoidon työntekijä sekä heidän osastonhoitaja, jotka ovat myös opinnäytetyöni ohjaajia toimeksiantajan puolelta. Haastatteluiden tuloksista saadun aineiston toimitin viikkoa ennen tutustuttavaksi tehostetun kotihoidon tiimiin sekä osastonhoitajalle. Palaverin tarkoituksena oli käydä läpi yhdessä haastatteluista saatu aineisto. Palaverin tavoitteeni oli päättää, miten lähden kehittämään haastatteluiden tuloksista nousseita kehittämiskohteita. Palaverissa käydyn keskustelun kirjaamisen helpottamiseksi nauhoitin myös koko palaverin, jotta aikani ei mene kirjoittamiseen.

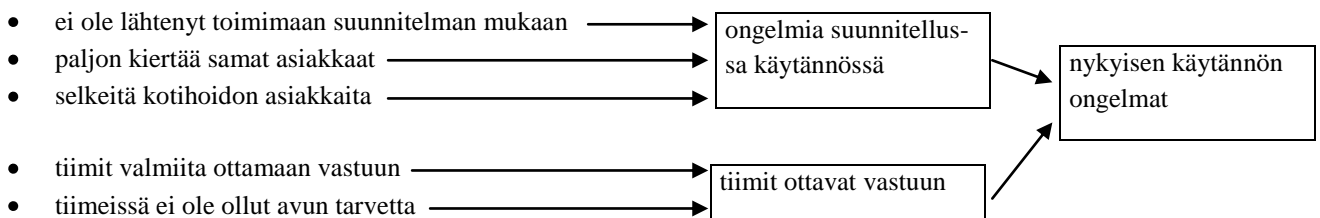
Sisällön analyysin palaverista tein samalla menetelmällä kuin haastatteluiden analyysin. Analysoin vain sen, mitä palaverissa puhuttiin. Analysoinnin aloitin kirjoittamalla palaverin sanasta sanaan, jonka jälkeen keräsin asiat ranskalaisilla viivoilla allekkain. Asioita etsin kysymyksiin nykyisistä toimintakäytännöistä ja miten käytäntöä tulisi kehittää, jotta se palvelisi parhaiten yhteistyötahoja. Seuraavassa vaiheessa keräsin samaa tarkoittavat sanayhdistelmät tai lauseet yhteen. Yhdistelemisen jälkeen aloitin aineiston pelkistämisen. Aineiston pelkistämisen jälkeen yhdistelin pelkistettyjä asioita muodostaen niistä ryhmiä, kategorioita. Kategorioille annoin sisältöä hyvin kuvaavat nimet. Jatkoin analysointia vielä yhdistelemällä eri kategorioita yhteen muodostaen yläkategorioita, joille annoin kanssa nimet. Työni tuloksena esitän analyysissä muodostetun mallin, joka sisältää pelkistetyt ilmaisut, alakategoriat ja yläkategoriat. Analyysissä muodostetun mallin lisäksi kirjoitan tuloksista sanallista tuotosta.

Etukäteen toimittamaani materiaaliin oli tutustuttu, mutta sitä ei oltu kommentoitu (Kuva 28):



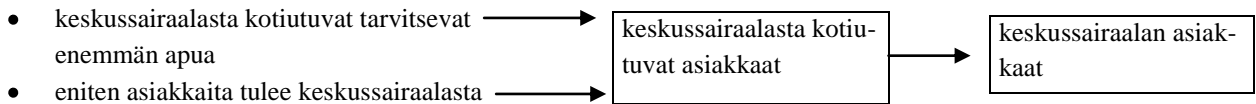
Kuva 28. Etukäteen tutustuminen materiaaliin

Palaverissa todettiin, että nykyisessä suunnitellussa kotiutuskäytännössä on ongelmia, sairaalasta kotiutuu paljon samoja asiakkaita, jotka omat tiimit ovat valmiita kotiuttamaan, koska he tulevat heille myös asiakkaaksi (Kuva 29):



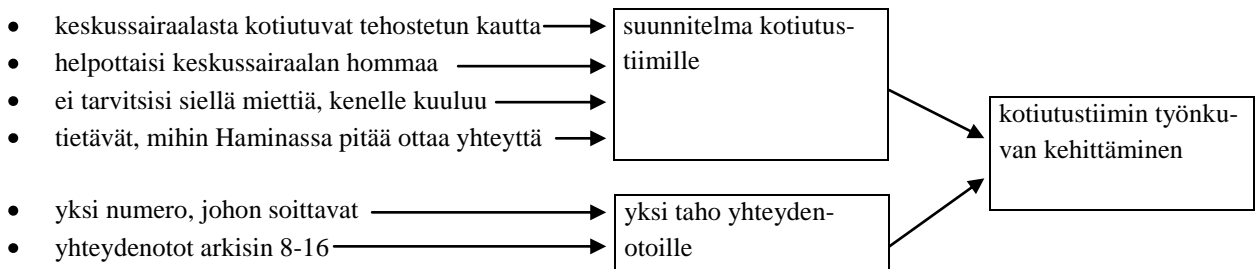
Kuva 29. Nykyisen käytännön ongelmat

Keskussairaalasta kotiutuvilla on eniten tehostetun kotihoidon tarvetta ja sieltä kotiutuvat ovat enemmistönä tehostetun kotihoidon asiakkaista (Kuva 30):



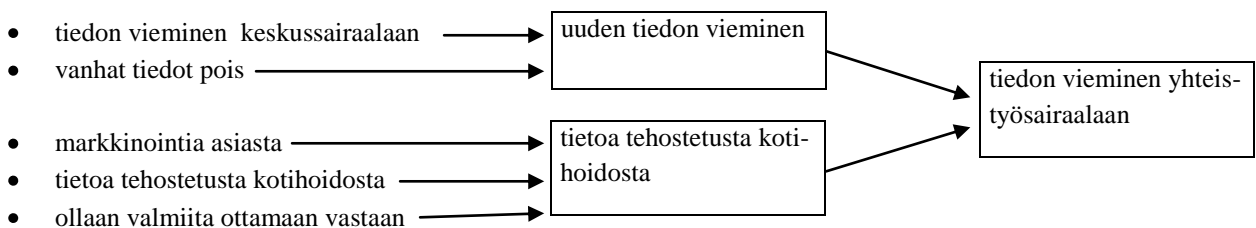
Kuva 30. Keskussairaalan asiakkaat

Palaverissa mietittiin, miten saataisiin selkeät ohjeet keskussairaalaan, jotta siellä tiedettäisiin, mihin ottavat yhteyttä, kun suunnittelevat potilaan kotiutumista. Siellä olisi yksi numero, johon ilmoitetaan kotiutuvasta potilaasta. Ei tulisi enää sitä, että kyseinen asiakas ei kuulu meille, vaan soittakaa toiseen tiimiin. Työni toimeksiantajan toiveena tuli, että tekisin keskussairaalaan uuden potilaan kotiutusohjeen, jossa olisi päivitetty numero, johon otetaan yhteyttä potilaan kotiutuessa sekä tietoa Haminan tehostetusta kotihoidosta (Kuva 31):



Kuva 31. Kotiutustiimin työnkuvan kehittäminen

Uusi tieto vietään henkilökohtaisesti joka osastolle ja tiedote vaihdetaan uuteen, jotta osastoille ei jäisi vanhoja tietoja sotkemaan enää asiaa (Kuva 32):



Kuva 32. Tiedon vieminen yhteistyösairaalaan

Tehostettu kotihoito ottaisi vastaan tiedon kotiutuvasta potilaasta, arvioisi tilanteen, ottaa numeron, josta saa lisää tietoa ja tarvittaessa delekoi sen tiimien hoitoon, jos tulevalla asiakkaalla ei ole tarvetta tehostettuun kotihoitoon. Haminan sairaala toimisi entiseen malliin, koska sieltä kotiutuvat asiakkaat ovat usein olleet kotihoidon asiakkaana jo ennen sairaalaan joutumista (Kuva 33):



Kuva 33. Uudet käytännöt kotiutustiimille

## 6 YHTEENVETO KEHITTÄMISKOHTEISTA SEKÄ AIKAISEMMASTA TEORIASTA

### 6.1 Asiakkaan hyvä kotiutusprosessi

Potilaan kotiutumisesta ilmoittavat kotihoitoon kotiuttavat sairaalat. Asiakkaasta annetaan ensitietoa jo puhelimessa siitä, miksi on joutunut sairaalaan, mikä on tilanne nyt ja samoin annetaan hoito-ohjeet kotiin. Puhelu on hyvä vastavuoroinen keskustelu, jossa voi kysyä lisää tietoa, jos kaikkea ei huomata kertoa. Kotiutuksesta tulisi ilmoittaa mahdollisimman varhain, jotta palveluita kotiin voidaan alkaa suunnittelemaan.

Kotiutus tulee suunnitella asiakaslähtöisesti. Koko kotiutusprosessin tulee lähteä siitä, että asiakas haluaa tulla kotiin. Asiakkaan kanssa tulee keskustella asioista ja hänen toiveet ja tarpeet huomioidaan. Asiakasta kannustetaan ja motivoidaan kotona selviytymiseen. Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan ja asiakas otetaan hoidon suunnitteluun mukaan heti alusta alkaen. Asiakkaan koko kokonaisuus huomioidaan. Selvitetään puutteet kodista, sekä se, millaisia apuvälineitä tarvitaan turvallisuuden ja toimivuuden kannalta. Omaisten toiveet kuunnellaan ja huomioidaan myös hoidon suunnittelussa. Asiakasta olisi hyvä päästä tapaamaan jo sairaalaan etukäteen, jotta häneen voisi tutustua tai olisi hyvä pitää kattava kotiutuspalaveri jo sairaalassa ollessa, jossa kartoitettaisiin avuntarvetta kotiin. Kartoituspalaveriin tulisi osallistua sairaalan henkilökuntaa, asiakas itse, omainen ja tarvittaessa muita tahoja. Asiakkaan kannalta olisi hyvää, että sairaalassa olisi aktiivinen kuntoutus, jo sairaalassa ollessa potilaat harjoit-

telisivat kotona selviytymiseen tarvittavia asioita. Sairaalassa tulisi olla kotiutushoitaja, joka hoitaisi kotiuttamisesta informoinnin kotihoitoon. Kotiutukseen tulee olla tarpeeksi aikaa ja resursseja.

Asiakkaan kotiutuessa hänen selviytymisen avuksi voidaan käyttää paljon eri tahoja, hyödynnetään moniammatillisuutta monipuolisesti. Myös kolmannen sektorin tahoja voi pyytää asiakkaalle avuksi kotiin, vaikka esimerkiksi juttelemaan asiakkaan kanssa vaikeista asioista. Kotihoidossa tehdään paljon yhteistyötä lähettävien tahojen kanssa, he tarjoavat koulutusta ja neuvontaa uusista asioista.

Jo sairaala on yhteydessä omaisiin, kun potilaan kotiutumista aletaan suunnittelemaan. Kotiutuspalaverissa tai kartoituskäynnillä kartoitetaan omaisten auttamisen mahdollisuus. Omaiset ovat mukana asiakkaan perushoidossa, huolehtivat päivittäisistä toiminnoista muun muassa kauppasi-asiain ja pyykinhuollosta. Omaisten mukanaolo tuo turvallisuutta ja luottamusta asiakkaalle ja myös hoitajillekin. Omaiset ovat tyytyväisempiä omaisensa saamaan hoitoon, kun tietävät asioista. Joskus omaisella voi olla erilaisia näkökulmia hoidosta, niistä sitten keskustellaan.

Asiakkaan tilanteesta alkukartoitus tehdään keskustelemalla lähettävän tahon kanssa. Asiakkaan toimintakyvyn kartoitus tehdään keskustelemalla asiakkaan kanssa asioista. Pyydetään asiakasta kotona tekemään jotain ja katsotaan, miten hän suoriutuu tekemisestä. Kartoitustilanteessa arvioidaan asiakkaan toimintaa samalla, kun hänen kanssaan sovitaan asioista, huomioidaan asioita koko ajan. Apuvälineiden tarve kartoitetaan viimeistään kartoituskäynnillä kotona, jos niitä ei ole aikaisemmin vielä arvioitu ja hommattu. Toimintakyvyn kartoitukseen on olemassa myös erilaisia toimintakyvyn kartoitusmittareita, jota voi käyttää apuna. Palvelujen tarpeen arvioinnissa huomioidaan asiakkaan toiveet ja tavoitteet. Tavoitteet laaditaan yhdessä sopien ja pyritään järjestämään asiat asiakkaan toiveen mukaan. Auttamismenetelmät hoito- ja palvelusuunnitelmaan laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa, aikaisemmin käytyjen keskustelujen perusteella. Lääkärin määräykset huomioidaan ja eri vaihtoehtoja mietitään.

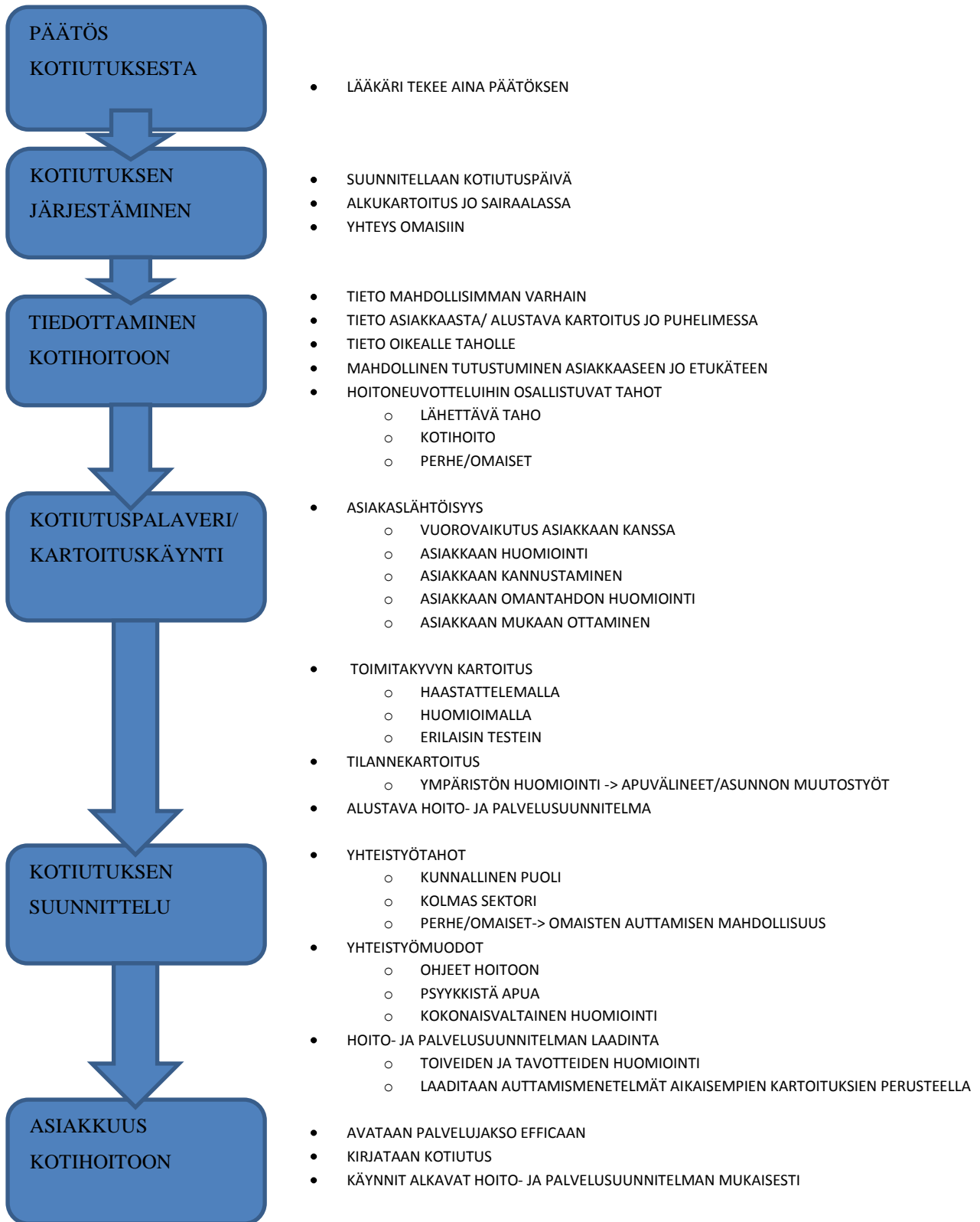
Ilmoitukset asiakkaan kotiutumisesta tulevat usein lyhyellä varoitusajalla. Yhteydenotto kirjataan sähköiseen kirjaamisjärjestelmään. Yhteydenotosta kirjataan, kuka on ottanut yhteyttä, mistä asiakas on kotiutumassa, miksi on ollut sairaalassa, mitkä ovat arvioitavat avun tarpeet ja jo puhelimesta sovitut asiat. Asiakkaan kannalta on hyvä, et-

tä hän pääsee kotiin. Lähettävät tahot tekevät hyviä hoitolähetteitä, joista kotihoito näkee, mikä tilanne sairaalassa on ollut.

Kotiutustiimin työnkuvan siirryttyä tehostettuun kotihoitoon, työntekijät ovat kokeneet, että uusi tapa on sekavaa eikä se ole tarkoituksen mukaista. Työntekijöille tulee turhaa päällekkäistä työaikaa. Toisen puolesta ei voi luvata töitä, joten asiakkaalle tulee tuplakartoitusta. Jos kaikki lähtee mukaan kotiutukseen, kotiutuksissa on liikaa väkeä. Haastateltavien mielestä he voisivat kotiuttaa asiakkaat, jotka tarvitsevat tehostettua kotihoitoa kotona pärjäämiseen ja muut asiakkaat kotiuttaisi heidän oma tiimi, joka hoitavat asiakasta myös jatkossa kotona.

Koska Kotkan keskussairaalaan kotiutuvat potilaat tarvitsevat yleensä enemmän apua ja näin tehostettua kotihoitoa, pidetyssä palaverissa päätettiin, että sieltä kotiutuvat potilaat tulevat tehostetun kotihoidon kautta. Keskussairaalaan tehdään uusi potilaan kotiutusohje. Ohjeen tarkoituksena on viedä keskussairaalaan uusi tieto asiasta. Heillä on vain yksi numero annettuna, mihin he ilmoittavat kotiutuksen, ei tule enää ihmisen pompottelua paikasta ja numerosta toiseen. Tehostettu kotihoito ottaa tiedon vastaan, arvioi yhdessä lähettävän tahon kanssa, mitä apuja asiakas tulee tarvitsemaan ja hoitaa asian tai tarvittaessa delekoi sen kotihoidon tiimeille. Näin yhteistyö lähettävän tahon kanssa on hyvää ja sujuvaa.

Alla olevaan kuvaan 34 olen kasannut opinnäytetyöni aikaisemman teorian ja haastateluista saamieni vastausten perusteella asiakkaan hyvän kotiutusprosessin, johon on kerätty asiat, jotka tulisi huomioida kotiutusprosessissa.



Kuva 34. Asiakkaan hyvä kotiutusprosessi

## 6.2 Kotiutusohje yhteistyösairaalaan

Hyvän ohjeen laatukriteerit ovat konkreettinen tavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmotettavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma. Kaikkien kriteerien täytyminen mahdollistaa vasta hyvän aineiston. Ohjeen konkreettisella tavoitteella aineiston lukija hahmottaa helposti, mihin aineisto liittyy ja mihin aineistolla pyritään. Ohjeen ulkoasulla voidaan vaikuttaa aineiston selkeyteen. Tekstityypin valinnalla, tekstin koolla ja asettelulla voidaan selkeyttää aineistoa. Lyhyet informatiiviset lauseet kiinnittävät lukijan huomion paremmin kuin pitkät ja monimutkaiset lauseet. Aineiston tulee sisältää vastaanottajalle vain helppoja käsitteitä, koska ne helpottavat asioiden ymmärtämistä ja muistamista. Aineiston sisältämä tieto tulee olla virheetöntä ja ajan tasalla olevaa. Tärkeintä aineistossa olevassa tiedossa on se, että käytetään vain olennaisinta tietoa ja jätetään kaikki turha tieto pois. Aineiston tunnelman ratkaisee koko aineiston kokonaisuus, loogisuus aineistossa. (Parkkunen, Vertio & Koskinen-Ollonqvist 2001: 15 - 21.)

Tekemälläni uudella kotiutusohjeella yhteistyösairaalaan on tavoitteena selkeyttää heidän toimintaa suunnitellessa potilaan kotiuttamista Haminan kotihoitoon. Ohje sisältää yhden puhelinnumeron, johon he ottavat yhteyttä aina potilaan kotiutuessa sekä toivomus ajankohdasta, milloin kotiutuvasta potilaasta ilmoitetaan. Lisäksi ohjeeseen tulee oleellisin tieto Haminan tehostetun kotihoidon toiminnasta. Ohje on tehty yhteistyöpalaverista saamallani materiaalilla sekä taustatieto ohjeeseen on otettu aikaisemmasta teoriasta. Ohjeen tarkastaa tehostetun kotihoidon osastonhoitaja. Liitteenä 4 uusi kotiutusohje.

## 7 TOIMINTATUTKIMUKSEN ARVIOINTI VALIDOINTIPERIAATTEIDEN MUKAAN

### 7.1 Historiallinen jatkuvuus

Toimintatutkimuksessa on pohdittava myös toimintatutkimuskohteensa historiaa, koska toiminta ei ala tyhjästä, eikä pääty koskaan. Historiallisen jatkuvuuden periaatteen mukaan toimintatutkimusprosessi sijoittuu tiettyyn historialliseen, poliittiseen ja ideologiseen yhteyteensä. Opinnäytetyössäni taustateoria osuudessa olen pyrkinyt kuvaamaan aiheeni sijoittumista ja tärkeyttä tämän päivän tilanteeseen. Taustateoriasta olen



saanut tietoa, miten asioiden katsotaan olevan. Kohdeyksikköni kanssa käydyissä keskusteluissa sekä saamieni materiaalien pohjalta olen tehnyt historiallista analyysiä kohdeyksikköni toiminnasta. Olen saanut tietoa, miten asiat ovat tällä hetkellä ja miten niiden haluttaisiin olevan tulevaisuudessa. Saamieni vastausten pohjalta lähdin kehittämään toimintaa eteenpäin. Historiallisen jatkuvuuden periaatetta noudattava toimintatutkimus tarjoaa lukijalle mahdollisuuden seurata tapahtumien syy-seurausketjua. Opinnäytetyöni selkeän raportoinnin avulla olen pyrkinyt kuvamaan asiat niin, että lukija pystyy seuramaan toimintatutkimusprosessini kulkua ja tehdä päätelmiä toimintatutkimuksessa tehdyistä ratkaisuksista. (Heikkinen & Syrjälä 2007: 149 - 150.)

## 7.2 Reflektiivisyys

Laadullinen tutkimus perustuu tutkijan ymmärrykseen ja vähittäin kehkeytyvään tulkintaan. Tutkijan tärkein tutkimusväline on hän itse. Reflektiivinen tutkija pyrkii tiedostamaan oman tietämisensä mahdollisuuksia, ehtoja ja rajoituksia. Tutkijan on tarpeellista tarkastella oman suhteensa rakentumista tutkimuskohteeseensa. Tutkijan kykyä ymmärtää tutkimuskohdetta aikaisemman elämäkokemuksensa avulla voidaan kutsua tutkijan subjektiiviseksi adekvaattisuudeksi. (Heikkinen ja Syrjälä 2007: 152-154.) Oma roolini prosessissa oli kokemukseni mukaan ristiriitainen. Vahvuudeksi koin sen, että olen työskennellyt lähihoitajana kotihoidossa viitisen vuotta. Työkokemukseni perusteella pystyin asettumaan jokseenkin kohdeyksikköni asemaan ja tiedän työn kiireellisyyden ja työn yhteensovittamisen nykypäivän haasteisiin. Kokemani vahvuus toi myös minulle haastetta työni tekemiseen. Työkokemukseni myötä minun oli välillä vaikea asettua toisen ihmisen asemaan. Pidin joitain asioita itsestänselvyytenä, enkä osannut kuvata asioita niin, että jokainen ihminen pystyy ne ymmärtämään kokemuksesta huolimatta.

Ammattikorkeakoulujen tehtävänä on tukea yksilön ammatillista kasvua ja antaa valmiuksia työelämän tutkimus- ja kehittämistehtäviin. Jos opiskelija syyllistyy vilppiin työtä tehdessään, hänen suorituksensa voidaan hylätä (L351/2003.) Opinnäytetyöni tein muun opiskelun ja työn ohessa, joten työhön käytettävä aika oli rajallista. Työni tekemisen aloitin mielestäni hyvissä ajoin, mutta olen huomannut, että aikaa olisi voinut olla vielä enemmän. Monia asioita olisi halunnut vielä tehdä, mutta nämä pitää säästää tuleviin kehittämistöihin.

Reflektiivisyys periaatteen mukaan tutkija kuvaa raportissaan tutkimusmenetelmiään ja prosessin etenemistä ja pyrkii tekemään prosessista läpinäkyvän. Näin lukija voi arvioida tutkijan ajatusten syntyä sekä näytön pitävyyttä, eikä tutkija näin ollen pyrikään esittämään lopullista totuutta, vaan prosessi on pikemminkin puheenvuoro, jonka avulla voidaan synnyttää keskustelua. (Heikkinen & Syrjälä 2007, 152–154.) Opinnäytetyöni olen pyrkinyt toteuttamaan johdonmukaisesti toimintatutkimus prosessin mukaisesti. Toimintatutkimusprosessin mukaisen työskentelyn koin usein hankalaksi, koska se ei ollut minulle aiemmin tuttua. Kirjallisuudessa toimintatutkimusta määritellään hyvin monitahoisesti ja minulla oli vaikeuksia saada sen ideasta kiinni. Toimintatutkimusprosessin etenemiseen hain ohjausta ohjaavilta opettajiltani.

Työni tutkimuksen kohteen olen kuvannut saamillani materiaalilla, ja työni tarkoitus on avattu työssäni. Työssäni olen pyrkinyt avaamaan työni avainsanat selkeästi ja kattavasti. Työni aiheeseen ja kirjoittamaani materiaaliin olen paneutunut huolellisesti, jotta tuottamani aineisto ja välittämäni informaatio olisi luotettavaa.

Lähteitä valittaessa tulee olla kriittinen, huomiota on kiinnitettävä kirjoittajan tunnettavuuteen, lähteen ikään, alkuperään ja uskottavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2001: 109 - 110.) Käytin lähdeaineistona tieteellistä ja ammatillista kirjallisuutta sekä internetistä saatavaa tietoa. Olen pyrkinyt käyttämään yliopisto-tasoisia lähteitä ja lähteet olisivat 2000-luvulta. Yksi käyttämäni lähde on opinnäytetyö. Opinnäytetyötä käytin työssäni, koska sen tutkittu aihe oli lähes samankaltainen kuin omani ja kyseinen opinnäytetyö on todettu hyvin tehdyksi. Kyseistä opinnäytetyötä käytin muutaman otsikon alla muiden lähteiden kanssa. Toimintakyvyn määrittelemiseen olen käyttänyt vanhempaa teosta rinnalla uudempien materiaalien kanssa, koska varsinaista tutkimusta toimintakyvyn määrittelemiseksi ei ole uudempaa tehty, vaan kaikki pohjaavat tähän vanhempaan tutkimukseen. Liitteenä 5 tutkimustaulukko aikaisemmista tutkimuksista, joita olen opinnäytetyössäni käyttänyt.

Keskeisenä aineistona työssäni on toimeksiantajaltani saamani materiaalit sekä haastatteluista ja palaverista saamani materiaali. Saadun aineiston olen analysoinut huolellisesti ja raportoinut tulokset selkeästi työssäni. Työni aineiston olen pyrkinyt näyttämään työssäni niin alkuperäisessä muodossa, kun se on ollut mahdollista. Tuloksissa olen esittänyt suoria lainauksia haastatteluista lisäämään tulosten luotettavuutta. Lähdemerkinnöissä olin huolellinen heti alusta alkaen, lähdeviitteet olen laittanut tekstiin

heti ne kirjoitettuani, enkä ole käyttänyt suoraa kopiointia toisten teksteistä. Lähde-  
luetteloa olen kasannut sitä mukaa, kun uusia lähteitä on tullut työhöni.

### 7.3 Dialektisuus

Toimintatutkimus perustuu sosiaaliseen toimintaan ja vuorovaikutukseen. Dialekti-  
suus periaatteen mukaan sosiaalinen todellisuus rakentuu keskustelussa dialektisena  
prosessina. Dialektisuus tarkoittaa totuuden rakentumista väitteiden ja vastaväitteiden  
tuloksena. Dialektisuus periaatteen mukaan ihanteellinen toimintatutkimusraportti si-  
sältää monia näkökulmia, tutkija sisällyttää työhön erilaisia tulkintoja ja ääniä, ri-  
tasointujakin. (Heikkinen & Syrjälä 2007: 154 - 155.)

Opinnäytetyöni tarkoituksena on selkeyttää potilaan kotiutumista Haminaan ja selvit-  
tää, miten nykyinen kotiutusprosessi toimii ja mitä kehitettävää siinä koetaan olevan.  
Työstäni solmittiin sopimus, jonka tekemisessä oli mukana yksi tehostetun kotihoidon  
työntekijä, heidän osaston hoitaja ja sopimuksen allekirjoitti Haminan vanhustyön joh-  
taja. Koko opinnäytetyöni prosessin ajan olen ollut yhteydessä toimeksiantajan edusta-  
jiin puhelimitse, haastatteleamalla työntekijät ja pitämällä yhteistyöpalaverin työstäni.  
Käytin työssäni suoria lainauksia haastatteluista saamistani materiaaleista, jolloin hei-  
dän äänensä tulisi mahdollisimman hyvin esiin. Suunnitellessani ohjetta yhteistyösai-  
raalaan kävin tapaamassa sairaalan sosiaalihoitajaa, joka hoitaa potilaiden kotiutuk-  
seen liittyvät asiat Haminan asukkaiden osalta. Kerroin hänelle yhteistyöpalaverissa  
päätetystä asiasta potilaiden kotiutukseen liittyvistä asioista. Hänen mielestään uusi  
kotiutussysteemi helpottaa paljon heidän toimintaa, kun ei tarvitse enää miettiä, mille  
alueelle otetaan yhteyttä. Pelkona hänellä oli, että riittääkö kotiutustiimin resurssit tä-  
hän toimintaan. Koska tehostetun kotihoidon asiakkaista on jo enemmistö keskussai-  
raalasta tulevia, Haminan päässä ei tätä ongelmaa uskota tulevan.

### 7.4 Toimivuus

Toimivuusperiaatteen mukaan toimintatutkimusta arvioidaan sen käytännön vaikutus-  
ten kannalta. Tulos voi herättää myös kriittistä keskustelua toimintatapojen oikeuden-  
mukaisuudesta ja eettisyydestä. Toimivuusperiaate palauttaa toimintatutkimuksen pä-  
tevyuden arvioinnin pragmatismiin, ”totta” on se, mikä toimii. Totuus on sidoksissa  
ideoiden toimivuuteen tai hyödynnettävyyteen. Hyvä toimintatutkimus tuottaa toimi-  
via ja tuottoisia tuloksia. Tutkimus saattaa myös osoittaa käytännön kokeilun toimi-

mattomaksi. Epäonnistumisetkin saattavat tuottaa arvokasta tietoa ja epäonnistuneen kokeilun rehellinen raportointi saattaa auttaa tutkijaa tai tutkimuksen lukijaa toimimaan entistä paremmin. (Heikkinen & Syrjälä 2007: 155 - 157.) Opinnäytetyöni työyksikköni henkilökunta oli innostuneena mukana työssäni ja he antoivat mielellään minun haastatella heitä saadakseni selville lähtötilanteen. Lähtötilanteen kartoituksen perusteella kehitin toimintaa eteenpäin. Koska työni lopullista arviointia ja sen tuomaa hyötyä ei tässä työssä ole arvioitu, on vaikea arvioida työni lopullista antia.

Opiskeluni viimeisen työharjoittelun suoritin opinnäytetyöni kohdeyksikössäni. Harjoitteluni aikana vastaan ei tullut yhtään kunnan kotiutusprosessia. Uusia asiakkaita kyllä tuli, mutta heidän hoito oli hyvin yksiselitteistä, he tarvitsivat vain jonkin yksittäisen hoidon ja muuten heidän toimintakykynsä oli vielä hyvin tallella. Näin en päässyt havainnoimaan edes harjoittelun kautta kotiutusprosessin toimivuutta.

Mielestäni tuloksena syntyneitä asiakkaan hyvää kotiutusprosessia pystytään hyödyntämään kaikissa Haminan kotihoidon tiimeissä. Kotiutusprosessi kuva voidaan ottaa tiimeissä työvälineeksi, koska siihen on kerätty asiat, jotka tulee huomioida asiakkaan kotiutuessa. Olisi myös hyvä, että yhteistyö sairaalat saisivat tiedon prosessista, koska siinä on myös asioita, joihin he voivat vaikuttaa. Tarkoitukseni on kertoa työstäni ja saaduista työni tuloksista jossain kotihoidon yhteisessä tilaisuudessa.

Toimivuusperiaatetta syvennetään pohtimalla myös tutkimuksen käytännöllisiä seurauksia eettisestä näkökulmasta. Eettisesti toimiva tutkija miettii, miten tutkimus vaikuttaa tutkittaviin, tutkijoihin, tiedeyhteisöön, yhteiskuntaan ja ihmiskuntaan. Tutkijan pitää arvioida, onko tutkittavia mahdollista tunnistaa tekstistä tai aiheutuuko tutkimuksesta heille haittaa. Tutkija antaa äänen tutkittaville etsiessään raportoinnin ja kirjoittamisen tapoja. Tutkimuksen laatua arvioidaan sen pohjalta, miten eettisiä ongelmia on käsitelty. (Heikkinen & Syrjälä 2007: 158.)

Työssäni kokosin teorian tiedon aiheestani sekä yhdistin haastatteluissa tulleet nykyiset käytännöt ja kehittämiskohteet. Työni kasaamisessa käytin omaa luovuuttani annettujen ohjeiden sisällä. Työni eettisyyttä lisää se, että pyrin edistämään asiakkaan saamaa palvelua ja kohtelua sekä parantamaan eri työyhteisöjen yhteistyötä. Työni prosessin aikana en pyytänyt työyksikköni henkilökunnalta henkilökohtaista suostumusta työhöni, mutta ennen haastattelua kerroin kaikille selvästi ja avoimesti tarkoitukseni ja kaikki työntekijät olivat suostuvaisia antamaan haastattelun minulle. Nauhurin käyttöä

haastateltavat aluksi jännittivät, mutta kokivat sen kuitenkin hyvänä, koska näin keskustelu oli luontevampaa. Haastattelut olen tehnyt nimettöminä, joten tutkittavia ei ole mahdollista yhdistää ja tunnistaa tekstistä. Saamaani materiaalia käytän vain tähän työhön, jonka jälkeen hävitän materiaalit asianmukaisesti ja luotettavasti.

## 7.5 Havahduttavuus

Havahduttavuusperiaatteen mukaan hyvä tutkimus havahduttaa ajattelemaan ja tuntemaan asioita uudella tavalla. Hyvä tutkimus vaikuttaa ja koskettaa lukijaansa kuin hyvä romaani, elokuva, näytelmä tai taide-esitys. Tutkijan tulee kyetä kirjoittamaan raportti, joka on todentuntuinen. Lukija kokee tarinan todeksi omien vastaavien kokemusten perusteella, ja hän pystyy samaistumaan kertomuksen henkilöihin ja kenties ymmärtämään heidän tavoitteitaan. (Heikkinen & Syrjälä 2007: 159 - 160.) Toivon kytkeväni tavoittamaan lukijoita kirjoittamalla opinnäytetyöni prosessin omalla tavallani. Työni prosessin vaiheita olen selkeyttänyt kuvin, jotta ne avautuisivat helpommin lukijalle. Sisällön analyysin olen purkanut säilyttäen tekstissä eläviä kuvauksia saamistani materiaalistani sekä aukaissut saadun materiaalin kuvin selkeyttämään työstäni saamaani materiaalia. Työni tulokset ovat omiaan havahduttamaan lukijat potilaan kotiutumisen prosessin moninaisuuteen. Yksinkertaiselta kuulostava asia voi olla monimutkainen ja aikaa vievä prosessi. Olen itse huono arvioimaan työni lopullista havahduttavuutta, koska osa aiheesta oli minulle entuudestaan tuttua työkokemukseni kautta, mutta asioiden syvälinen tutkiminen herätti minussakin ajatuksia, joita ei ole osannut ehkä huomioida tarpeeksi jokapäiväisessä työssä. Lopullisen vastauksen työn havahduttavuudesta saa lukijoilta.

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selkeyttää potilaan kotiutumista Haminaan ja selvittää, miten nykyinen kotiutusprosessi toimii ja mitä kehitettävää siinä koetaan olevan. Opinnäytetyön teoriaosassa käsitteelin keskeisimpiä asioita kotihoidosta ja potilaan kotiutukseen liittyvistä asioista. Kasasin teorian pohjalta asiakkaan kotiutusprosessin. Toin opinnäytetyöhöni henkilökunnan näkemystä asioihin haastatteleamalla

henkilökuntaa ja tekemällä yhteistyötä heidän kanssa koko prosessin ajan. Teorian ja haastatteluista saamani materiaalin yhdistelemällä syntyi työhöni hyvä asiakkaan kotiutusprosessi. Tuotoksena syntynyt asiakkaan hyvä kotiutusprosessi antaa tiiviissä muodossa tietoa kotiutuksen kulusta ja siinä huomioitavista asioista. Kotiutusprosessikuvaus on suunniteltu kotihoidon työntekijöiden käyttöön ja sen avulla voi tarkistaa työnkulun vaihteita, hahmottaa kokonaisuutta ja kehittämiskohteita.

Kuten aiemmissa tutkimuksissa, myös tämän opinnäytetyön aineistossa nousi esille puutteita tiedonkulussa, yhteistyössä ja yhteisissä toimintaperiaatteissa. Nämä aiheuttavat ylimääräistä asioiden varmistamista. PALKO-mallin kehittäjät Perälä ja Hammar (2003, 12–13, 25) ovat myös todenneet, että asiakkaan hoitoketjussa sairaalasta kotiin on monia saumakohtia, joiden ylittäminen vaatii yhteisiä toimintaperiaatteita, huolellista suunnittelua ja yhteisneuvotteluja asiakkaan hoitoon osallistuvien kanssa. Tärkeää on löytää ne asiakkaat, joiden kotiutumisen onnistumiseen tulee erityisesti panostaa. Kotiutukseen osallistuvien tulee yhdessä sopia kotiutumisen yhteydessä välitettävän tiedon keinoista ja sisällöstä. Näin voidaan ehkäistä asiakkaan joutumista takaisin sairaalaan ja varmistaa kotiutuksen onnistuminen.

Naukkarinen (2008: 133) toteaa, että potilaan mahdollisuutta itsemääräämiseen ja päätöksentekoon voidaan lisätä hänen yksilöllisellä kohtaamisella. Päätöksen teon tueksi hänen on saatava riittävästi tietoa eri vaihtoehtoista ja niihin liittyvistä tekijöistä. Opinnäytetyössäni asiakaslähtöisyyden keinoiksi haastatteluissa nousi vuorovaikutus asiakkaan kanssa, asiakkaan huomiointi ja asiakkaan kannustaminen. Haastateltavat ovat kokeneet, että asiakkaan toiveet kotiutukseen liittyvissä asioissa on pyritty aina toteuttamaan. Kehittämiskohteeksi he nostivat kotiutuspalaverit. Kotiutuspalavereita saisi olla useammin, jotta asiakkaaseen pääsisi tutustumaan jo etukäteen.

Asiakkaan toimintakyky ja sen arvioiminen on oleellinen osa palvelutarpeen arvioimista, hoito- ja palvelusuunnitelman rakentamista sekä hyvän hoidon toteuttamista varten. Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehityksellä on merkittävä vaikutus kansanterveyteen ja monien palvelujen tarpeeseen. Tehostamalla ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta voidaan iäkkään väestön keskuudessa saavuttaa hyviä tuloksia. Riittävä fyysinen aktiivisuus on fyysisen toimintakyvyn perusta. Henkistä vireyttä voidaan ylläpitää aktiivisella elämänstrategialla. (Heikkinen 2005.) Asiakkaan toimintakyvyn kartoitus on haasteltavien kokemuksen mukaan tehty kyselemällä asiakkaalta, katsoamalla ja arvioimalla tekemistä ja liikkumista sekä huomioimalla asiakasta. Toiminta-

kyvyn mittareita kartoitukseen he eivät olleet käyttäneet, mikä nousi yhdeksi kehittämiskohteeksi nykyiseen toimintaan.

Kaakon SOTE-INTO työryhmässä on yhdenmukaistettu toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointia Etelä-Kymenlaaksossa. Työryhmän tuloksena on rakennettu yhtenevä toimintamalli toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin mittaristoineen. Kehittämistyössä on hyödynnetty alueellista tietämystä arvioinnista. Uutena asiana kotiutusprosessiin tuli kahdenviikon arviointi jakso asiakkuudesta. Arviointi jakson aikana on tarkoituksena tehdä sovitut toimintakyvyn mittaukset, joilla saadaan tarvittava standardoitu tieto asiakkaan toimintakyvystä. Toimintakyvyn ja palvelutarpeen arvioinnin loppupäätöksenä on palvelupäätös, jossa palvelujen tarve perustellaan toimintakyvyn alenemisella. Palveluntarvetta tulee arvioida aina asiakkaan toimintakyvyn muuttuessa. (Kaakon SOTE-INTO/ Etelä-Kymenlaakson osahanke 2010-2011.)

Sähköisen tiedonsiirron myötä terveystietojen käyttäjä saa itse parempaa tietoa omasta terveydentilastaan ja hoitohistoriastaan, koska terveystiedot ovat käytettävissä siellä missä tutkimus ja hoito tapahtuvat. Tällöin potilaan osallistuminen omaan hoitoon paranee, moniammatillisuus lisääntyy sekä ajantasainen tieto toimii päätöksenteon tukena. (Hallila 2005: 52–53.) Opinnäytetyön haastateltavat kokivat myös sähköisen potilastietojärjestelmän hyväksi. Sieltä näkee tulevasta asiakkaasta tiedon ja lähetävät tahot tekevät hyviä hoitoyhteenvetoja.

Syventävän työharjoitteluni aikana olen päässyt opinnäytetyöni toimintaympäristössä tutustumaan uuteen sähköisessä muodossa olevaan prosessimallin mukaiseen kirjaamiseen, joka on otettu käyttöön Haminan kotihoidossa 2011 vuoden alussa. Hoitotyön prosessimallin mukaisesti ydintietoja kuvattaessa ja kirjatessa käytetään sitä varten kehitettyjä hoitotyön luokituksia. Hoito- ja palvelusuunnitelma luodaan komponentteja käyttäen ja komponenttien alle kirjoitetaan vapaata tekstiä. Päivittäinen kirjaaminen asiakkaan voinnista tapahtuu suunniteltujen komponenttien alle. Hyvin tehdystä suunnitelmasta ilmenee asiakkaan avun tarve ja Haminan kotihoidossa onkin tarkoituksena pitää hoito- ja palvelusuunnitelmaa päivittäisenä työvälineenä. (vrt. Vanhustyö)

Verrattaessa aikaisempia tutkimustuloksia työni haastatteluista saamaani materiaaliin, ei esille noussut juurikaan uusia näkökulmia asiakkaan kotiutusprosessiin. Tiedot syventyivät, koska käyttöön tuli eri-ihmisten näkökulmia. Tarkasteltavia ja kehitettäviä asioita tuli ilmi, jotka olen kerännyt jatkokehittämisasioiden alle. Asiakkaan kotiutu-

minen ja kotiutusprosessin sujuvuus paranee huomattavasti, kun nämä kerätyt kehittämiskohdat saadaan mukaan päivittäiseen toimintaan.

Tehdessäni uutta potilaan kotiutusohjetta yhteistyösairaalaan, pyysin ohjeeseen virallisen Haminan kaupungin logon, jotta ohje olisi luotettavamman näköinen. Ohjeen tarkasti tehostetun kotihoidon osastonhoitaja. Uuden potilaan kotiutusohjeen vein yhteistyösairaalaan jokaiselle osastolle sekä poliklinikoille. Ohjetta viedessäni sain paljon positiivista palautetta vastaanottavilta hoitajilta. He olivat tyytyväisiä yhden numeron periaatteeseen. Kävi myös ilmi, että muutamalla osastolla ei ollut tietoa Haminan tehostetun kotihoidon työnkuvasta ja he ottivat uuden tiedon tyytyväisenä vastaan.

Kotihoidon asiakkuus muuttuu tulevina vuosina. Asiaksmäärät tulevat lisääntymään, koska yli 85-vuotiaiden ihmisten määrä kasvaa ja he tarvitsevat monenlaista apua suoriutuakseen päivittäisistä toiminnoista. Osa asiakkaista on hyvin huonokuntoisia, monisairaita ja monella on muistisairaus. Myös yhä useammalla vanhuksella on mielen-terveysongelmia ja päihteiden käyttöä. Tulevaisuudessa Haminassa pyritään tarjoamaan ennakoivia ja tukevia käyntejä ja lisäämään tehostettua palvelua. Asiakkuuden muutos lisää resurssitarvetta ja henkilökunnan osaamisen lisäämistarpeita sekä rakennemuutoksia. (Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010: 28.)

## 8.2 Jatkokehittämisaiheet

Jatkokehittämisaiheeksi työssäni nousi tiedonkulussa se, että kotiutuksista ilmoitetaan liian myöhään, joten aikaa kotiutuksen suunnitteluun jää liian vähän. Kotihoidolla tulisi olla myös selkeä kaavake, johon olisi kerätty kaikki tarvittavat asiat, jotka tulee muistaa kysyä tulevasta asiakkaasta, kun kotiutumisesta ilmoitetaan.

Asiakaslähtöisyydessä kotiutuspalavereita toivottiin olevan useammin, jotta asiakkaaseen pääsisi tutustumaan etukäteen. Lisäksi sairaalaan toivottiin kotihoidon tuntevaa kotiutushoitajaa, jotta kotiutuksen suunnittelu olisi helpompaa sekä osastoille toivottiin parempaa kuntoutusta, jotta asiakkaat olisivat kotikuntoisempia.

Nykyisissä toimintakäytännöissä nousi kehitettäväksi kirjaaminen ja toimintakyvyn kartoitus. Hyvällä kirjaamisella turvataan hoidon jatkuvuus. Hoito- ja palvelusuunnitelmia tulisi päivittää säännöllisesti, jotta ne palvelisivat parhaiten asiakasta ja yhteistyötahoja. Toimintakyvyn mittareita tulisi käyttää enemmän, jotta asiakkaan toiminta-



kyvyn arviointi olisi tarkempaa ja samanlaista kaikkien asiakkaiden kohdalta. Se ei perustuisi enää hoitajan havaintoihin ja tuntumaan. Myös tarkkuutta tiedonkulussa ja lääkehoidon puitteissa toivottiin.

Jatkokehittämisaiheita tukee myös kehitetty yhtenevä toimintamalli Etelä-Kymenlaaksossa, johon on kerätty käytettävät mittarit ja testit ohjeineen toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointiin.

## LÄHTEET

Ammattikorkeakoululaki (351/2003)

Arve, S. 2002. Kuvaus Turun terveystoimen aloitteesta perustetun care manager (kotiutussairaanhoidajan) toiminnan sisällöstä Turun yliopistollisessa keskussairaалassa. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja nro 3:2002. Saatavissa: <http://www05.turku.fi> (viitattu 11.5.2010).

Engeström, Y., Niemelä, A-L., Nummijoki, J. & Nyman, J. 2009. Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hallila, L. 2005. Sähköinen kirjaaminen terveydenhuollon organisaatioissa. Teoksessa: Hallila, L. (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi, 51–52.

Kotihoito. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi> (viitattu 21.12.2010).

Muut terveydenhuoltopalvelut. Haminan kaupunki. Saatavissa: <http://www.hamina.fi> (viitattu 4.1.2011).

Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa- kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Heikkinen, E. 2005. Iäkkäiden ihmisten terveys ja toimintakyky. Terveyskirjasto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi> (viitattu 8.3.2011).

Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, s. 16 - 38.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2007. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, s. 78 - 93.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, s. 144 - 162.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2001. Tutki ja kirjoita. 2-painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2007. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. (toim.) Toiminnasta tietoon, Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Vantaa: Dark Oy, s. 94 - 113.

Jämsén, S. 2010. Hoito- ja palvelusuunnitelma. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi>(viitattu 27.12.2010).

Jämsén, S. 2010. Toimintakyvyn arviointi. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi> (viitattu 27.12.2010).

Kansanterveyslaki 67/1972

Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä: substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Koskinen, S., Martelin, T. & Sainio, P. 2007. Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki. Saatavissa: <http://www.ktl.fi> (viitattu 8.3.2011).

Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. Teoksessa: Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. KvaliMOTV- Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi> (viitattu 18.1.2011).

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999 vol.11. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992

Liljamo, P., Kaakinen, P. & Ensio, A. 2008. Opas FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöön hoito-työn sähköisen kirjaamisen mallissa. Kuopion Yliopisto.

Luhtasaari, M. & Jämsén, S. 2010. Vanhuksen kotiutus. Sairaanhoidajan käsikirja. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi> (viitattu 27.12.2010).

Naukkarinen, E.-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Niemi, A. 2006. Asiakslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakslähtöisyydestä. Pro-gradu- tutkielma. Kuopion yliopisto.

Niskanen, V. 2002. Toimintatutkimus. Saatavissa: <http://www.helsinki.fi> (viitattu 8.9.2010).

Nykanen-Juvonen, S. & Pakarinen, T. 2009. Kotiutusprosessi asiakslähtöiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Opinnäytetyö. Pohjoiskarjalan ammattikorkeakoulu.

Parkkunen, N., Vertio, H. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja. Saatavissa: <http://www.health.fi> (viitattu 19.3.2011).

Perälä, M-L & Hammar, T. 2003. PALKOmalli- Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Stakes aiheita 29. Helsinki: Stakes. Saatavissa: <http://www.stakes.fi> (viitattu 10.5.2010).

Rauhasalo, A. 2003. Hoitoaika lyhenee- koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi> (viitattu 30.4.2010).

Rissanen, L. 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveystalvelujen koettu tarve. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Saranto, K & Sonninen, AL. 2007. Systemaattisen kirjaamisen tarve. Teoksessa: Saranto, K., Ensio, A., Tantt, K. & Sonninen, AL. (toim. ) Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Helsinki: WSOY, s. 12 - 16.

Sosiaalihuoltoasetus 607/1983

Ikäihmisten toimintakyvyn arviointi osana palvelutarpeen arviointia sosiaalihuollossa. 2006 . Sosiaali- ja terveysministeriö. Perhe- ja sosiaaliosasto. Saatavissa: <http://stm.fi> (viitattu 19.3.2011).

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Saatavissa: <http://www.stm.fi> (viitattu 19.3.2011).

Uusi terveydenhuoltolaki. 2008. Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Saatavissa: <http://stm.fi> (viitattu 5.2.2011).

Kotihoito tukee kotona selviytymistä. 2009. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystalvelut. Saatavissa: <http://www.stm.fi> (viitattu 30.04.2010).

Asumistalvelut ja asunnon muutostyöt. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveystalvelut.. Saatavissa: <http://www.stm.fi> (viitattu 19.3.2011).

PALKO- Palveluja yhteen sovittava kotiutuminen ja kotihoito. 2007. Terveystalvelun ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://info.stakes.fi/palko> (viitattu 3.5.2010).

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Valtion talousarvioesitykset. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala. Saatavissa: <http://budjetti.vm.fi> (viitattu 10.5.2010)

## PAINAMATTOMAT LÄHTEET

Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2010 - 2019. Vanhuus valtiksi ja voimaksi.

Kotiutustiimin työnkuva. Hamina.

Vanhustyö. Haminan kaupunki.

Kaakon SOTE-INTO/ Etelä-Kymenlaakson osahanke 2010 - 2011. Ikäihmisten toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi Etelä-Kymenlaaksossa. Työryhmän kokouksen raportti 4.1.2011.

## OPISKELIJA

Opiskelijanumero 	Vierailiset etunimet <b>Leena Mirjami</b>
Sukunimi <b>Korhonen</b>	
Lähiiosoite 	Postinumero ja -toimipaikka
Sähköposti <b>leena.korhonen@student.kyamk.fi</b>	Puhelin 
Toimipiste ja koulutusohjelma <b>Kotkan toimipiste. Hoitotyön opinnot</b>	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus <b>sairaanhoitaja HO08A</b>	

## TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö <i>Haminaan kaupunki</i>	Yrityksen/yhteisön yhteysthenkilö <i>Eila Kirivuo</i>
Lähiiosoite <i>Reulinkatu 5</i>	Postinumero ja -toimipaikka <i>49400 Hamina</i>
Sähköposti <i>eila.kirivuo@hamina.fi</i>	Puhelin 

## OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/> Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/> Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

## OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) <b>Mirja Nurmi ja Mauna Kriktilä</b>
Sähköposti <b>mirja.nurmi@kyamk.fi mauna.kriktila@kyamk.fi</b>
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) <i>Eila Kirivuo, eila.kirivuo@hamina.fi</i>
Sähköposti <i>Teija Hirvonen, teija.hirvonen@hamina.fi</i>

## OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) Tehostetun kotisairaanhoidon kotiutustimi-työnkuvan kehittäminen	
Kehittämis- tai tutkimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) Tavoitteena on kehittää potilaiden kotiutumis-toimenpiteitä mahdollisimman sujuvaksi j	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) Työntekijöiden haastattelut, yhteistyösairaaloihin kyselyt	
Opinnäytetyön aloitus kevät 2010	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle 05/2011
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *)	
<input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

\*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,  
<http://www.tilastokeskus.fi/tuttkko/kas.html>

## OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p><b>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu</b> Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.</p> <p><b>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin.</b> Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p><b>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus</b> Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuudella salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p><b>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat päämäärän salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</b></p> <p><b>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen</b> Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jno.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kymenlaakson ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

## ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS Hamina 9, 4 20 10 <i>P. Kivil</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS Hamina 9, 4 20 10 <i>Reena</i>
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS Kotkassa 28, 4 20 10 <i>Yrjö Krami</i>

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.



Hoitokertomuksen perustiedot

Kirjaudu ulos

**Korhonen Leena Mirjami**

Tyyppi:

Voimassaoloaika:

 Synnytykseen liittyvä hoitokertomus04.03.2011 - 

Lapsen hoitokertomus

Lähteet:

Vuosi	Tunnus	Tulosyy	Tila	Lisää...

Hoitoon osallistuvat:

Yksikkö	Erikoisala	Toiminto	Alkupvm	Loppupvm

Hoitoon tulon syy:

Hoidon tavoite ja odotetut tulokset:

Selite:

Kokonaisarvio:

Hoitotietojen ylläpito

Kirjautu ulos

<b>Korhonen Leena Mirjami</b> Määräykset:	<b>Muistettavaa:</b>
----------------------------------------------	----------------------

Pvm:	Klo:	Vuoro:	Yksikkö:	Moduli:	Hoitaja:
4.3.2011	14:54	Ilta	Ham		perma2 Peri Marianne

## HOIDON SUUNNITTELU

Komponentti:	Pikavalinta:
Hoidon tarve:	Tavoitteet ja keinot:
<input type="checkbox"/> Pysyvä <input type="checkbox"/> Päivitä pysyvä <input type="checkbox"/> Hoitotyön yhteenveto	

## HOIDON TOTEUTUS

Komponentti:	Pikavalinta:
Hoidon toteutus	
<input type="checkbox"/> Huomioitava <input type="checkbox"/> Hoitotyön yhteenveto	

## HOIDON ARVIOINTI

Hoidon tulos:	Arvioinnin kohde:
Arviointi:	
<input type="checkbox"/> Hoitotyön yhteenveto	

 Keskenäinen

Tallenna+sulje

Tallenna+uusi

Tallenna+tyhjennä

Sulje tallentamatta

## Haastattelulomake Tehostetun kotihoidon työntekijöille

### Tiedottaminen

1. Mistä asiakkaat kotiutuu?
2. Miten saatte nykyään tiedon kotiutuvasta asiakkaasta Haminalta ja millaista tietoa saatte?

Miten saatte tiedon Kotkasta kotiutuvasta potilaasta ja millaista tietoa saatte?

3. Onko saatu tieto riittävää?
4. Mitä hyvää tiedonkulussa on mielestänne?
5. Mitä kehitettävää tiedonkulussa on mielestänne?

### Asiakslähtöisyys

1. Mitä on mielestänne asiakslähtöinen kotiutus, mitä se tarkoittaa?
2. Minkälaisia keinoja teillä on asiakslähtöiseen kotiutukseen?
3. Mitä te erityisesti huomioitte asiakslähtöisessä kotiutuksessa?
4. Miten hyvin asiakslähtöinen kotiutus toimii mielestänne nykyään?
5. Mitä kehitettävää asiakslähtöisyydessä kotiutuksessa on mielestänne?

6. Onko hyvään asiakaslähtöiseen kotiutukseen mielestänne on nykyään riittävästi aikaa ja resursseja?

#### Yhteistyö

1. Millaisia yhteistyömuotoja käytätte nykyään asiakkaan kotiutuksessa?
2. Millä tavalla yhteistyö tapahtuu?
3. Minkälaista yhteistyötä teette muiden tahojen ja omaisten kanssa?
4. Järjestetäänkö asiakkaan kotiutuksesta hoitoneuvotteluja yhteistyötahojen kanssa?
5. Keitä hoitoneuvotteluihin osallistuu? ( kotona/ osastolla )
6. Kuinka hyvin omaiset otetaan huomioon ja mukaan asiakkaan kotiutuksessa ja missä vaiheessa?
7. Kuka ottaa omaisiin yhteyttä?
8. Miten omaiset ovat konkreettisesti mukana asiakkaan kotiutusprosessissa?
9. Mitä hyvää on omaisten mukana olossa?
10. Mitä huonoa seuraa, kun omaiset otetaan mukaan kotiutusprosessiin?
11. Kuinka hyvin yhteistyö mielestänne nykyään toimii eri tahojen kanssa?
12. Mitä kehitettävää yhteistyössä on mielestänne eri tahojen kanssa?

## Toimintakäytännöt

1. Asiakkaan kotiutusprosessi, miten tehdään alkutilanteen kartoitus?
2. Miten asiakkaan voimavarat kartoitetaan?
3. Käytetäänkö erilaisia mittareita hoidon tarpeen arviointiin?
4. Millä tavalla asiakkaan mielipide ja toiveet otetaan huomioon?
5. Miten asiakkaan omat tavoitteet otetaan huomioon laadittaessa hoitosuunnitelmaa?
6. Miten auttamismenetelmät hoitosuunnitelmaan laaditaan?
7. Mietitäänkö eri vaihtoehtoja?
8. Miten omaisten osuutta/ merkitystä huomioidaan?
9. Mikä on hyvää, kun omaiset on mukana kotiutuksessa?
10. Mitä huonoa koet siinä, kun omaiset ovat mukana kotiutuksessa?
11. Mitkä ovat nykyiset käytännöt asiakkaan kotiutusajankohtaan liittyen?
12. Mitä asiakkaan kotiutuksesta kirjataan ja mihin tieto kirjataan?
13. Mitä hyvää asiakkaan kotiutuksessa on mielestänne nykyään?
14. Mitä kehitettävää kotiutuksessa on mielestänne?

15. Onko kotiutustiimin tarkoituksena olla mukana kaikkien uusien asiakkaiden kotiutusprosessissa vai pelkästään tehostetun kotisairaanhoidon asiakkaiden kotiutuksessa?

16. Mitä etua on, jos olette mukana kaikkien uusien asiakkaiden kotiutuksessa?

Mitä haittaa?

17. Mitä etua on, jos kotiutate vain teidän ns. omat asiakkaat?

Mitä haittaa?

18. Kuka hoitaa muiden uusien asiakkaiden kotiutuksen, jos te hoidatte vaan omat asiakkaat?



## POTILAAN KOTIUTUMINEN HAMINAN KOTIHOITOOON

Suunnitellessanne potilaan kotiutusta ja hän tarvitsee kotihoidon apuja, ottakaa yhteyttä Haminan tehostettuun kotihoitoon, joka toimii myös kotiutustiiminä  
**p. 0400-804602**

Toivomme, että

- ilmoitus kotiutuvasta potilaasta tulisi mahdollisimman varhain
- ilmoitukset kotiutuksesta tulisivat klo. 08-16 välillä
- potilaan avuntarvetta olisi jo kartoitettu alustavasti

Haminan tehostettu kotihoito hoitaa kotona annettavaksi soveltuvaa sairaanhoitoa. Asiakkaaksi soveltuu eri-ikäiset ja erilaiset sairaanhoidollista apua tarvitsevat asiakkaat mm. suonensisäiset lääkitykset ja nestehoidot, kotidialyysihoidot, vaativat haa- vanhoito asiakkaat, kipupumppuhoidot, leikkauksen jälkitilat ja saattohoito asiakkaat yhteistyössä omaisten kanssa.

SAS-asioita hoitaa edelleen vs. palveluohjaaja Mervi Hyppänen  
p. 7493515 tai 040-7309964

Yhteistyöterveisin

Haminan tehostettu kotihoito/kotiutustiimi

Tekijä, tutkimus	Aihe	Osallistujat	Tarkoitus	Keskeiset tulokset
Hammar Teija, väitöskirja. Tampereen yliopisto, 2008	Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa- kotihoidon asiakkaiden avuntarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO- mallin vaikuttavuus ja kustannus- vaikutavuus.	Tutkimus koostuu kahdesta erillisestä osatutkimuksesta: 1. Poikkileikkaus ja 2. Seurantatutkimuksesta. Poikkileikkaustutkimuksen jälkeen tutkimuskunnat satunnaisestiin koe- ja vertailuryhmään. Koekuntiin suunnattu interventio kohdistui työntekijöiden toimintaan ja vaikutuksia mitattiin asiakastasolla.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotihoidon asiakkaita ja asiakkaiden avuntarvetta sekä arvioida PALKO- mallin vaikuttavuutta ja kustannusvaikuttavuutta kontrolloidulla kokeella.	Sairaalasta kotihoitoon kotiutuvat ja kotihoidossa olevat asiakkaat olivat enimmäkseen iäkkäitä. Asiakkaat pitivät terveyteen liittyvää elämänlaatuansa huonompana muihin samanikäisiin suomalaisiin verrattuna. Asiakkaat suoriutuivat perustoiminnoista. Asiakkaat käyttivät eniten kotipalvelun palveluita, myös ateriapalvelun ja kotisairaanhoidon palvelun käyttö oli yleistä. PALKO- mallilla ei ollut vaikutusta asiakkaiden toimintakykyyn, terveydentilaan tai kuolleisuuteen.
Koponen Leena, Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, 2003	Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä: substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä.	Aineisto kerättiin potilasasiakirjoista ja haastatteleamalla potilaita (n=24) ja heidän perheenjäseniään (n=14) ja potilaan hoitoon osallistuneita hoitontantajia (n=54)	Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää substantiivinen teoria iäkkään potilaan selviytymisestä ja sitä edistävästä potilaan, perheenjäsenen ja hoitontantajien yhteistyötä potilaan siirtyessä kodin ja sairaalan välillä.	Tutkimuksessa muodostettiin käsitejärjestelmä siirtymisvaiheessa tapahtuvan selviytymisen ja sitä edistävän yhteistyön jäsentämiseksi. Siirtymävaiheessa selviytymistä on tarkasteltava selviytymistehtävän sekä potilaan ja perheenjäsenen selviytymisen yrittämisen kannalta.
Naukkarinen Eeva-Liisa, Väitöskirja. Kuopion yliopisto, 2008	Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kyselytutkimus potilaille ja henkilöstölle.	Tutkimus kohdistui viiden keskussairaalan kirurgian poliklinikan potilaisiin ja henkilöstöön. Aineisto kerättiin kyselyllä. Potilasaineisto (n=502)kerättiin systemaattista otantaa mukailien ja henkilöstöaineisto (n=87)kokonaisotannalla.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja selittää täysi-ikäisten potilaiden itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutumista hoitoketjun aikana terveyskeskuksen vastaanotoilla ja kirurgian ajanvarauspoliklinikoilla.	Tutkimuksessa potilaat arvioivat itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuvan paremmin kirurgian poliklinikalla kuin terveyskeskuksen vastaanotolla. Potilaiden ja henkilökunnan mielestä potilaan itsemäärääminen oli erittäin tärkeää ja potilaat olivat myös erittäin halukkaita itsemääräämiseen.



Niemi Annukka, Pro gradu. Kuopion yliopisto, 2006	Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa Yksityisten ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä.	Tutkimusaineisto hankittiin teemahaastattelemalla kahtatoista kotihoidon työntekijää Kymenlaakson alueella. Kuusi haastatelluista oli julkisen ja kuusi yksityisen kotihoidon työntekijää.	Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakaslähtöisyyttä ilmiönä. Tavoitteena on kehittää kotihoitoa lisäämällä ymmärrystä asiakaslähtöisyyden käsitteen merkityksestä.	Tulokset osoittivat, että julkisesti järjestetyissä kotihoitopalveluissa asiakaslähtöisyyden merkitys ymmärretään osittain eri tavoin kuin yrityksissä.
Nykänen-Juvonen Sari Tuula Pakarinen. Opinnäytetyö. Pohjoiskarjalan ammattikorkeakoulu, 2009	Kotiutusprosessi asiakaslähtöiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa.	Liperin kunnan ja Outokummun kaupungin terveyskeskussairaaloiden ja kotihoidon henkilöstö. Kysely tehty avoimilla kysymyksillä	Tavoitteena oli kuvata asiakaslähtöinen kotiutusprosessi asiakkaan siirtyessä terveyskeskussairaalaan kotiin.	Henkilöstö kokee asiakkaan kotiutuksen kehittämisen tarpeelliseksi. Tuotoksena syntyi kotiutusprosessikuvaus ja prosessin sanallinen kuvaus.
Rauhasalo Anneli, Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, 2003	Hoitoaika lyheneekoti kutsuu. Lyhyt- hoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana.	Tutkimus on tehty haastattelemalla 44 iäkästä yli 75- vuotiasta lyhythoitaisessa kirurgiassa olevaa potilasta.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, tulkita ja pyrkiä ymmärtämään ja selittämään lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden iäkkäiden henkilöiden kokemuksia, selviytymistä ja toiveita koko hoitoprosessin kulusta.	Iäkkäät ihmiset ovat kiinnostuneita terveydestään ja pyrkivät hoitamaan itseään ja noudattamaan saamiaan ohjeita ymmärryksensä mukaan. Lyhyt kontakti palvelujärjestelmään aiheuttaa iäkkäille jännitystä, mikä neuvonta tilanteessa heikentää kykyä muistaa ja painaa mieleen hoito-ohjeet.
Rissanen Lea, väitöskirja. Oulun yliopisto 1999.	Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65- vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve.	Pudasjärvenkunnan yli 65-vuotiaat, yhden kunnan kaikki (N=157) yli 65-vuotiaat. Tiedonkeruu toteutettiin strukturoidulla haastattelulomakkeella.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Siuruan alueen yli 65- vuotiaiden terveyttä, toimintakykyä ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettua tarvetta ja käyttöä heidän itsensä arvioimana.	Tutkimukseen osallistuneiden itsearvioitu fyysinen ja psykososiaalinen terveys ovat keskimäärin hyviä. Miehet arvioivat terveytensä hie- man huonommaksi kuin naiset ja he olivat myöskin depressiivisempiä kuin naiset.